N° D'ORDRE

29

ANNÉE 1962

THESE

présentée à la

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE

et de

PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Février 1962

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CLAUDE PY

Ancien Interne du Centre Hospitalier de Dijon
Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 22 Septembre 1931, à DIJON (Côte-d'Or)

INTRODUCTION MÉTHODOLOGIQUE

A L'ÉTUDE STATISTIQUE DES RÉHOSPITALISATIONS AU COURS DES SOIXANTE DERNIÈRES ANNÉES A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER

N° D'ORDRE
29

ANNÉE 1962

THESE

présentée à la

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE

et de

PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Février 1962

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CLAUDE PY

Ancien Interne du Centre Hospitalier de Dijon
Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 22 Septembre 1931, *à DIJON (Côte-d'Or)*

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INTRODUCTION MÉTHODOLOGIQUE

A L'ÉTUDE STATISTIQUE DES RÉHOSPITALISATIONS AU COURS DES SOIXANTE DERNIÈRES ANNÉES A L'HOPITAL PYSCHIATRIQUE DU VINATIER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE.

P.J. LEPINE. Doyen Honoraire
Membre de l'Institut

M. H. HERMANN. Doyen
Correspondant de l'Institut.

M.M. LEVRAT, Assesseur
M.L. REVOL, Assesseur.

Professeurs Honoraires.

MM. COLLET, GUIART, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEI, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs.

MM. HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique de chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile.
REVOL	Pharmacie galénique et matière médicale
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
DUCLOS	Clinique stomatologique
BERNHEIM	Clinique médicale infantile et hygiène premier âge.
JOURDAN	Biologie médicale et pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et cryptogamie

MM.	BERTRAND	Clinique chirurgicale C
	BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
	DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
	ROCHE	Médecine légale et déontologie
	COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
	MOUNIER-K'HN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
	PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
	THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
	BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
	CREYSSEL	Clinique traumatologique des membres
	DARGENT	Cancérologie
	GUICHARD	Anatomie pathologique
	GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Pathologie chirurgicale
	GIRARD Marcel	Thérapeutique
	VACHON	Pathologie médicale
	GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
	KEHL	Histologie et embryologie
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
	GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.
	MONNET	Bactériologie

Professeurs à titre personnel.

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
	DORCHE	Technologie pharmaceutique

Professeurs sans Chaire.

	BANSSILLON	Obstétrique
	ROMAN	Parasitologie
	BERTOYE	Bactériologie
	CIER J.François	Physiologie
	CHATONNET	Physiologie
	CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie
	PERROT	Chimie organique et toxicologie

Maitres de Conférences-Agrégés.

Médecine.

FEROLDI	Anatomie pathologique
CREYSSEL Roger	Chimie biologique et médicale
DUROUX Emile	Anatomie
BRETTE René	Thérapeutique
DUMONT Louis	Histologie
THIVOLET Jean	Hygiène
GARIN J.Paul	Parasitologie
MORET Robert	Physique
BOUCHET Alain	Anatomie
TOMMASI Michel	Anatomie pathologique
RIFFAT Georges	Hygiène
JOUVET Michel	Pathologie expérimentale
FAVRE-GILLY J.	Hématologie

Pharmacie.

ODDOUX Lucien	Botanique et cryptogamie
MALLEIN René	Chimie analytique
GRAS Jean	Chimie biologique
PEYRIN J.Olivier	Physique.

Agrégés en Exercice.

MATHIEU Jacques	Obstétrique
MARION Joseph	Orthopédie
GUINET Paul	Médecine générale
PONT Maurice	Médecine générale
VIGNON Georges	Médecine générale
REVOL Louis	Médecine générale
PLAUCHU Marcel	Médecine générale
TRAEGER Jules	Médecine générale
MARION Pierre	Chirurgie générale
MICHAUD Pierre	Chirurgie générale
JAUBERT de BEAUJEU Michel	Chirurgie générale
SAUTOT Jean	Chirurgie générale
GUILLEMIN Georges	Chirurgie générale
BURTHIAULT René	Obstétrique
GIGNOUX Marcel	Oto-rhino-laryngologie
FRANCOIS René	Pédiatrie
FREIDEL Charles	Stomatologie.

MM.	DEVIC Michel	Médecine générale
	DESPIERRES Charles	Médecine générale
	De MOURGUES Georges	Chirurgie générale
	FRANCILLON Jacques	Chirurgie générale
	SAUBIER Eugène	Chirurgie générale
	COLOMB Daniel	Dermatologie
	COLIN Marcel	Médecine légale
	TOLOT François	Médecine du travail
	GUYOTAT Jean	Neuro-psychiatrie
	SCHOTT Bernard	Neuro-psychiatrie
	DUMONT Martial	Obstétrique
	BONAMOUR Georges	Ophtalmologie
	DURAND Louis	Urologie
	GARDE Alexandre	Médecine générale
	PERRIN André	Médecine générale
	LARBRE François	Médecine générale
	MORNEX René	Médecine Générale
	NORMAND Jean	Médecine générale
	MARET Gilbert	Chirurgie générale
	DESCOTTES Jacques	Chirurgie générale
	CHASSARD Jean-Louis	Electro-radiologie
	ALLEGRE Georges	Neuro-chirurgie
	HUGONNIER René	Ophtalmologie
	FAYSSE Robert	Orthopédie
	GAILLARD Jean	Oto-rhino-laryngologie
	KALB Jean-Claude	Pneumo-phtisiologie

Examinateurs de la Thèse :

Monsieur le Professeur DECHAUME.

Monsieur le Professeur BERGER.

Monsieur le Professeur COLIN.

Monsieur le Professeur GUYOTAT.

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DECHAUME
Professeur de Clinique Neuropsychiatrique
et d'Hygiène Mentale.

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de présider cette thèse.
Bien que nous n'ayons jamais été son élève il a accueilli ce travail avec un grand intérêt.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY,

A Monsieur le Professeur BERGER.
Professeur de Physique Nucléaire appliquée à la Médecine.

Nous le remercions de son extrême bienveillance à notre égard. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur-Agrégé COLIN.

Il est pour nous un maitre. Il nous a constamment guidé de ses conseils et de ses encouragements. Nous voulons lui témoigner ici notre très profond attachement.

A Monsieur le Professeur-Agrégé GUYOTAT.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait d'avoir bien voulu faire partie de notre Jury de thèse. Nous lui exprimons notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BECACHE.

Nous lui devons nos connaissances en séméiologie psychiatrique et le remercions de sa très grande bienveillance à notre égard.

A Monsieur le Docteur REQUET.

Nous regrettons de n'avoir pu bénéficier plus longuement de son enseignement. Il nous a introduit dans un monde jusqu'alors insoupçonné. Nous lui exprimons ici notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BALVET.

L'année passée dans son service fut un enseignement perpétuel. Nous le remercions de tout ce qu'il nous a appris. Nous lui témoignons ici toute notre reconnaissance et notre profond attachement.

A Monsieur le Docteur BEAUJARD.

Nous avons le privilège d'être interne dans son service. Nous lui exprimons notre très sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur BROUSSOLLE.

Sans son dynamisme et son optimisme si réconfortants ce travail d'enquête n'aurait jamais pu être mené à bien. Nous le remercions des conseils et de l'aide efficace qu'il nous a toujours prodigués si généreusement.

Aux Médecins de l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier.

Monsieur le Docteur BERTHIER.

Monsieur le Docteur ACHAINTRE.

Monsieur le Docteur BERGERET

Monsieur le Docteur ROULLET

Monsieur le Docteur DUBOR

Monsieur le Docteur BURGAT

Monsieur le Docteur BOUCKSON.

A Monsieur le Médecin Colonel DUCHESNE
Médecin-chef du service de Réanimation de l'Hôpital du Val de Grâce.

Nous lui exprimons ici notre profonde reconnaissance. Il nous a beaucoup aidé à supporter une période particulièrement pénible.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL DE DIJON.

Externat.

Monsieur le Professeur Agrégé Pierre Etienne MARTIN.
In mémoriam.

Monsieur le Docteur AGRON. In mémoriam.

Monsieur le Docteur VEILLET.

Monsieur le Docteur JEANNIN.

Internat.

Monsieur le Docteur BLANCHE.

Monsieur le Docteur DUBARD.

Monsieur le Docteur GAYET

Monsieur le Docteur VEILLET.

Monsieur le Docteur BOLOTTE. Médecin des Hôpitaux
Psychiatriques.

A Monsieur le Docteur SADOUN.

Nous nous sommes inspirés dans ce travail des conseils et suggestions qu'il a bien voulu nous faire. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

A Monsieur le Docteur SITE.

Nous le remercions de sa précieuse collaboration et lui exprimons notre reconnaissance et notre amitié.

Aux Camarades de l'Internat qui ont participé à cette enquête :

Ma femme.
Madame DUCLOS.
Mademoiselle FLORIO.
Madame le Docteur LAUDE.
Mademoiselle le Docteur ROTHBERG
Mademoiselle le Docteur THIEBAUT.
Monsieur le Docteur VIRET.

A Madame GOIS, secrétaire-archiviste.

Avec notre très profonde gratitude pour la minutie et la rigueur vraiment remarquables avec lesquelles elle a travaillé, elle a réussi à rendre humaine cette tâche ardue et fastidieuse.

A Messieurs FONTCOUBERTE & MAIRE et à toutes les personnes de l'atelier mécanographique de la Préfecture du Rhône.

Nous les remercions de tout le travail qu'ils se sont donnés pour cette enquête et de l'accueil chaleureux que nous avons toujours trouvé auprès d'eux.

A nos Camarades de l'Internat du Vinatier.

Aux Infirmières et infirmiers, Assistantes Sociales et Secrétaires du Vinatier.

PREAMBULE.

Lorsque ce travail fut commencé en Janvier 1960, nous ne savions ni ce qu'il allait devenir ni même la façon dont nous allions l'exécuter.

Monsieur le Docteur LAUZIER, alors responsable de la Section Psychiatrique de l'Institut National d'Hygiène avait proposé au Docteur BROUSSOLLE qu'un travail soit fait sur la périodicité en Psychiatrie à partir des archives médico-administratives de l'Hôpital Psychiatriques du Vinatier.

Tel était le point de départ. Malheureusement peu de temps après le Docteur LAUZIER décédait.

Dès le début, ce travail fut un travail d'équipe, le Docteur SADOUN qui remplaça le Docteur LAUZIER à l'I.N.H. reprit ce projet de travail.

Avec le Docteur SITE (médecin statisticien) et le Docteur BROUSSOLLE nous avons formé une équipe et notre premier travail fut d'élaborer un plan.

Au cours de ce travail : l'idée de dégager des règles sur la périodicité en psychiatrie nous a semblée bien présomptueuse tout au moins dans la phase où nous en sommes arrivés actuellement. Nous en sommes en fait arrivés à l'élaboration d'un "matériel" constitué par une masse de renseignements qui portera tant sur les malades réhospitalisés que sur un échantillon de malades n'ayant eu qu'une seule hospitalisation au Vinatier.

Nous n'envisagerons d'ailleurs ici que la 1ère partie de cette enquête : le dépouillement des dossiers, les difficultés rencontrées et les problèmes posés, toute la partie disons "méthodologique".

CHAPITRE I : VUE D'ENSEMBLE SUR LE VINATIER.

Il est nécessaire tout d'abord de donner quelques renseignements sur le développement du VINATIER. En effet nous parlerons très souvent de malades du Service Libre ou du Service Fermé. Si l'on veut établir des comparaisons sur le devenir des malades réhospitalisés, il faut le faire en fonction de l'existence du développement de tel ou tel service.

L'Hôpital Psychiatrique du Vinatier comprend actuellement 2.500 malades répartis dans 8 services.

Le premier service libre a été créé en 1943 en service de 50 lits d'hommes et de 50 lits de femmes, puis en 1948 : 2 autres services de 50 lits d'hommes et 50 lits de femmes.

L'Hôpital du Vinatier a fonctionné à partir de 1876, sa capacité maxima est de 1700 malades, et il y en a 2500 actuellement !

Il est intéressant de noter l'importance actuelle de l'encombrement qui n'est certes pas sans importance sur le facteur sortie et réhospitalisation. On fait des sorties pour faire de la place, et éviter d'être obligé de rajouter encore des lits ; chaque médecin ressemble un peu au jongleur de foire qui a toujours 4 ou 5 boules en l'air et qui lance vite celles qu'il a dans la main pour récupérer les premières.

CHAPITRE II : PLAN DE TRAVAIL D'ENQUETE.

Quel matériel de base pouvons-nous utiliser pour étudier cette notion de périodicité et de rechutes ? Un seul matériel est à notre portée : les réhospitalisations. Ainsi partant de l'hypothèse de périodicité nous en sommes arrivés à l'étude des réhospitalisations.

L'enquête comprend donc un travail sur les réhospitalisations et un travail comparatif sur les malades n'ayant eu qu'une seule hospitalisation au Vinatier.

Dans cette thèse, seul sera envisagé le premier travail, celui sur les réhospitalisations.

Dès le début de l'enquête les notions de périodicité, rechutes, réhospitalisations nous sont apparues comme très différentes non supperposables.

La majeure partie des malades qui arrivent au Vinatier sont déjà malade depuis un certain temps. La date de 1ère hospitalisation au Vinatier ne correspond pas au début des troubles mentaux ni à la date d'apparition des symptomes morbides. Très souvent même une hospitalisation antérieure a eu lieu en clinique privée, soit dans des autres hôpitaux psychiatriques dans d'autres départements. De plus entre les hospitalisations au Vinatier s'intercallent souvent soit des rechutes soignées par une ambulatoire soit par des hospitalisations dans d'autres établissements psychiatriques.

L'assistance psychiatrique extrahospitalière d'ailleurs est en train là où elle existe de bouleverser complètement le rapport "rechute - réhospitalisation". Dans le Rhône l'assistance psychiatrique extrahospitalière est encore à son stade le plus embryonnaire et on ne peut que le déplorer, Seul un dispensaire fonctionne pour tout le département, dispensaire qui n'a une allure de dispensaire que depuis deux ans seulement.

Ainsi donc nous avons été amenés à considérer l'étude des malades réhospitalisés. Nous avons à notre disposition les dossiers administratifs des malades depuis 1876. En ce qui concerne les dossiers médicaux, leur utilisation s'est avérée impossible pour les malades des services fermés. Très souvent et jusqu'à une date récente, juste avant guerre, parfois même en 1930, les dossiers médicaux ne renferment que les certificats de 24 heures, quinzaine, sortie. On peut même dire que, paradoxalement les dossiers médicaux de la période 1910-1930, contiennent moins de renseignements médicaux que le sacrosaint "Livre de la Loi" qui, au plus des certificats de 24 heures, quinzaine contiennent à la même époque des certificats de situation parfois même détaillés et dont nous verrons quels importants services ils nous ont rendus.

La préparation du travail nous a posé deux problèmes :

- Quels renseignements mettre sur carte ?
- Quelle sorte de carte adopter ?

Ces deux problèmes sont extrêmement liés, en effet il faut choisir la carte en fonction des renseignements qui doivent y être transcrits, mais aussi il faut faire un tri de renseignements, étudier leur place et leur nombre en fonction des possibilités techniques de la fiche.

Nous avons donc été obligés à mener parallèlement ce double travail.

D'abord faire le tri des renseignements qui nous interessaient, établir un premier questionnaire et voir ensuite quel mode de carte conviendrait le mieux. N'ayant en ce domaine aucune expérience nous sommes allés solliciter un des spécialistes, soit à l'N.S.E.E. aux établissements I.B.M., dépendant de certaines firmes spécialisées. Tous les avis ont été unanimes : entre les cartes à perforation marjinales, les cartes à perforations centrales ou les cartes à 80 colonnes, ce sont ces dernières qui se sont avérées les plus pratiques et surtout les plus économiques. Du reste au cours de cette période bien des données nous ont échappé ; c'est ultérieurement que nous nous sommes rendus compte de certaines omissions. Nous avons donc décidé de procéder de la façon suivante :

Les renseignements sont inscrits sur une fiche de rensei-

gnements dont nous donnons une reproduction ci-jointe, et ces renseignements sont transcrits sur une carte mécanographique à 80 colonnes.

Dès le départ, faute d'expérience, nous avons commis une erreur, celle d'utiliser tout de suite les 80 colonnes que compte la carte. En effet dans toute enquête de ce genre il faut laisser au début un certain nombre de colonnes. Il est en effet au début impossible de penser à tout et c'est, ultérieurement qu'on s'aperçoit qu'il serait nécessaire de disposer de quelques colonnes supplémentaires, mais c'est trop tard. Nous verrons en effet, en étudiant les fiches de renseignements en détail les difficultés que cette ignorance initiale nous a causé

Il est certain que cette phase de travail nécessite une coopération étroite entre
- le clinicien
- le statisticien
- le technicien. En effet lui seul connait

quelles sont les possibilités techniques des machines, les moyens techniques qui permettent parfois de gagner une ou deux colonnes, et la disposition des renseignements sur les fiches.

Exemple : Nous avons codé les durées d'hospitalisation ou les durées entre les hospitalisations en années et jours ce qui a nécessité 5 colonnes par durée, soit 30 colonnes par carte. Or en codant en nombre de jour nous aurions eu besoin seulement de 4 colonnes par durée, soit 24 par carte, ce qui faisait 6 colonnes de libre.

De même nous avons codé à chaque hospitalisation l'année d'hospitalisation et l'âge en mettant sur la fiche l'année de naissance nous aurions pu éviter de mettre l'âge soit gain de 6 colonnes par carte, mais à condition d'avoir les machines permettant de tirer l'âge avec la date de naissance et la date. Ce qui d'ailleurs n'était pas possible avec les machines dont dispose l'atelier mécanographique.

CHAPITRE III : RENSEIGNEMENTS TRANSCRITS.

I - GENERALITES.

Là aussi on se trouve en face d'un double problème. Comparer la liste des renseignements qui sont nécessaires et intéressants avec la liste des renseignements que l'on peut trouver sur le matériel d'archives à notre disposition.

Nous avons vu que seul était utilisable le matériel d'archives administratif. Ce matériel d'archives comprend : le dossier administratif et les livres de la loi où sont rassemblés les certificats. C'est à partir de ces livres de la loi que nous avons puisé les diagnostics comme nous le verrons plus loin.

Les observations médicales étaient inutilisables, dispersées dans les divers recoins des services et un grand nombre avaient disparu. Les archives administratives au contraire se trouvaient réunies dans un même local rangées par lettre alphabétique, séparées en 4 catégories : Homme, Femme, Services Ouverts, Services Fermés.

Quant aux livres de la loi, il s'agit de ces gros volumes sur lesquels sont inscrits les certificats, une double page par hospitalisation ; chaque hospitalisation y est inscrite par N° matricule d'hospitalisation.

Aux alentours de 1900, le médecin d'asile, gardien de la Loi et des aliénés avait justement pour principale fonction la rédaction ponctuelle des certificats et leur transcription sur le livre de la loi. En 1920 encore et même plus récemment un employé de l'Administration accompagné d'un "bon malade" venait apporter dans une brouette à "Monsieur le Médecin-chef" le livre de la loi. Comment a-t-il été possible que subsiste pendant si longtemps dans une parfaite inconscience des situations aussi bouffonnes ... (Il est vrai qu'il ne faudrait peut-être pas gratter trop fort pour trouver encore des résidus de cette cocasserie, plus subtiles d'ailleurs maintenant du personnage du mé-

decin-chef).

Nous avons divisé les renseignements en trois catégories :

- Renseignements statistiques d'état-civil pris à la première hospitalisation.
- Renseignements à chaque hospitalisation.
- Renseignements globaux.

RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES :

Nom - Prénoms.
Numéro matricule.
Année de Naissance.
Année et âge de décès.
Sexe.
Origine ethnique.
Domicile.
Profession.
Situation matrimoniale.
Religion.

RENSEIGNEMENTS A CHAQUE HOSPITALISATION :

Mode de placement.
Dernier domicile précédent l'hospitalisation.
Date d'hospitalisation.
Durée.
Diagnostic.
Mode de sortie.
Durée avant la rechute.

RENSEIGNEMENTS LOBAUX : (que nous avons rajoutés ensuite)

Diagnostic d'ensemble probable.
Nombre total d'hospitalisations.

Un certain nombre de renseignements intéressants manquaient :

1°) La cause du décès aurait été intéressante.

Elle n'a pas été transcrite pour deux raisons :

a) Le certificat de décès ne fait pas toujours état nettement de la cause, parfois le certificat de décès n'est pas écrit sur le livre de la loi, il y a seulement la mention : "décédé le ..."

b) Au début de l'enquête nous n'avons pas pensé à l'intérêt de la cause du décès. Quand nous y avons pensé c'était trop tard, nous n'avions plus de colonne libre sur la carte mécanographique.

2°) Il aurait été intéressant de voir certains renseignements au cours de l'évolution et du déroulement de la maladie mentale. En particulier :

Domicile.

Profession.

Situation matrimoniale.

cela aurait permis peut-être de mieux visualiser la désocialisation progressive des malades mentaux.

Plusieurs raisons nous ont empêché de le faire :

a) La première : il s'agit d'une notion courante actuellement. L'enquête sur ce point n'aurait vraisemblablement rien amené de bien original.

b) Mais surtout elle s'avérait impossible. En effet la profession est souvent inscrite sur le dossier de façon stéréotypée. Si la case profession est remplie scrupuleusement à la première hospitalisation, très souvent aux autres elle n'est pas remplie ou c'est la première profession qui est inscrite automatiquement. Les causes d'erreurs auraient véritablement été trop grandes pour que l'on puisse sérieusement s'appuyer sur ces renseignements.

3°) La thérapeutique. Evidemment il aurait été intéressant de voir l'influence des thérapeutiques mais alors les dossiers administratifs ne suffisaient plus - il aurait fallu avoir recours aux observations médicales - Il s'agissait là d'un travail monstrueux et qui se serait soldé par un échec : une grande quantité d'observations médicales n'auraient pas été retrouvées, surtout celles des années 1900-1930, ensuite il au-

rait été dangereux de se fier à des feuilles de traitements alors inexistantes. Dans certain service la feuille de traitement n'a fait son apparition que depuis 5 ou 6 ans et encore !

II - ETUDE DETAILLEE ET CRITIQUE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS.

(Utilisation de 80 cases ou colonnes)

1°) Le Numéro Matricule (case 1 à 9 incluse)

Nous avons pris comme n° matricule le numéro de la 1ère hospitalisation, soit service ouvert, soit service fermé. Mais il a été un peu compliqué : le premier chiffre est celui de la carte mécanographique - carte 1 - que nous étudierons tout à l'heure ou carte d'état-civil.

Carte 2 : pour les trois premières hospitalisations. Carte 3 : trois suivantes. Carte 4 : etc ...

La case 2 et 3 a été réservée pour le numéro du département, 69, pour le Rhône, afin de pouvoir, si d'autres enquêtes analogues ont lieu dans d'autres hôpitaux psychiatriques, faire un repérage mécanographique facile.

Puis vient le n° matricule de 1ère hospitalisation (case 5 à 9)

Pour le Service Fermé ce numéro est précédé du chiffre 0 (case 4)

Pour le Service Ouvert nous avons fait précéder le matricule de 1ère hospitalisation du chiffre 3 (case 4).

Nous avons du employer ce code arbitraire pour éviter des confusions : en effet, sans cela on aurait pu avoir deux malades ayant le même numéro matricule ; car il y a deux systèmes d'immatriculation indépendants, un pour le service fermé, l'autre pour le service ouvert.

Service Fermé allant de 1 à 50.000 actuellement.

Service Ouvert allant de 1 à 20.000 actuellement.

2°) Année de Naissance (3 cases) est seulement transcrite sur la carte 1.

3°) Année de Décès (cases 10 et 11) les deux derniers chiffres seulement.

4°) Age (cases 12 et 13).

5°) Sexe (case 14), codée comprend masculin 1
féminin 2.

6°) Origine Ethnique (case 15)

Codée : Français 1

Nord-Africains (Algériens, Tunisiens, Marocains 2

Méditerranéens, autres que Nords-Africain (Espagnols, Grecs, Italiens, Arméniens) 3

Slaves 4

Anglo - Saxons..... 5

Israëlites 6

Extrême-Orient 7

Africains 8

Divers 9

En fait, comme nous le verrons dans l'exploitation, la rubrique 9 (Divers) est assez importante ; bien (66 hommes et femmes) aux rubriques Anglo-Saxons, Israëlites, Extrême-Orient et Africains réunis.

Faut-il en déduire que le choix des origines éthniques a été inadapté ? On peut se poser la question. Il faudrait savoir quels sont les nationalités de ces 66 classés divers.

Si nous examinons de près cette rubrique origine ethnique, nous voyons plusieurs critiques :

La première, c'est qu'il y a là un mélange de notions disparates.

Dans cette catégorie "Origine Ethnique" nous avons : des nationalités (Français), des origines géographiques (Nord-Africains, Méditerranéens), des nations à la fois éthniques et religieuses (Israëlites).

D'autre part sur quel critère se baser pour déterminer l'origine éthnique à partir du dossier administratif ?

Deux sont possibles :

- la nationalité.
- le pays de naissance.

La nationalité est théoriquement le plus mauvais critère. En effet la notion de nationalité peut recourir des réalités très différentes.

Le pays de naissance est déjà plus valable. Mais néanmoins très difficile à apprécier, d'une part la notion de méditerranéen - le Sud de la France est aussi un pays méditerranéen - d'autre part Africain cela englobe aussi bien le Cameroun que l'Afrique du Sud (ce qui au point de vue éthnique est faux).

Mais en fait nous nous apercevons avec les résultats déjà obtenus que seuls trois grands pays peuvent être étudiés : Français, Nord-Africains et autres Méditerranéens. Les catégories Africains, plus exactement autres africains que les Nord-Africains, Extrême-Orientaux, Slaves, ne sont pas utilisables. Ils sont en effet beaucoup trop peu nombreux pour qu'une répartition par diagnostic par exemple puisse être valable.

A noter que dans la catégorie Nord-Africains nous avons fait rentrer seulement les Nord-Africains musulmans.

Les malades originaires de l'Afrique du Nord à nom de consonnance française, Marchal, Dupont ont été rangés dans la catégorie français (1).

Les malades originaires de l'Afrique du Nord à nom de consonnance méditerranéenne dans la catégorie (3) méditerranéen (Lopez, José, Hernandez, Philippi, etc ....)

Il est bien certain qu'un Français de France et un Français d'Algérie, tous deux rangés dans la catégorie 1 sont de groupe sociologique fondamentalement différent. De même un Polonais né en France, catégorie 1 également, sera d'un groupe sociologique plus proche du groupe 4 que du groupe 1.

Dans la catégorie "Divers" nous avons trouvé des Suisses (au moins la moitié ou les trois quarts) ainsi que des malades dont la nationalité ou l'origine inconnues n'a pas été marquées sur les dossiers.

Quoiqu'il en soit il est certain que les résultats concernant l'origine devront être étudiés d'abord par un statisticien afin de voir les proportions comparées aux données démographiques et ne comparer que ce qui est comparable.

Il serait statistiquement faux d'utiliser les résultats bruts. Ainsi par exemple pour comparer les Nord-Africains musulmans (groupe 2) au groupe 1 faudra-t-il comparer dans une même tranche d'âge .

D'autre part la population Nord-Africaine vivant en France est une population adulte, sans enfant ni vieillard et comprenant des individus éligés donc ayant une capacité d'adaptation assez grande, pas d'arriérés mentaux ni de trouble de la sénilité en particulier.

Il aurait été plus facile et plus juste de faire un codage à deux axes : nationalité et religion. On aurait pu laisser complètement de côté d'une part la notion Israëlite et les catégories Slaves, Extrême-Orient, Afrique Noire, Anglo-Saxon, etc ...

Cela aurait donné :

	Origine		Religion
1	Français.	1	catholique.
2	Originaire d'Afrique du Nord.	2	protestant.
3	Autres méditerranéens.	3	musulman.
4	Divers.	4	divers.
5	Origine inconnue.	5	religion inconnue et sans religion.

Cela aurait permis de recevoir que 5 grands groupes origine ethnique et de repérer des groupes sociologiques distincts, Français, catholiques. Origine A.F.N., catholique par exemple.

Tant en ce qui concerne l'origine éthnique que la religion le problème important est celui du rapport minorité-majorité. Il est certain que de même que l'adaptation individuelle à un groupe pose un certain nombre de problèmes, l'existence de minorités sociologiques au sein d'une population est un sujet de conflits qui sur le plan purement psychiatrique a des répercussions importantes.

7°) Domicile. Là aussi il s'agit du domicile de la 1ère hospitalisation.

Nous avons pris comme catégorie :

1°. Urbain.

2°. Rural.

3°. Sans domicile fixe.

4°. Divers.

5°) Prison.

Plusieurs remarques sont à faire.

Divers : dans cette catégorie rentrent tous ceux qu'on n'a pu faire rentrer ni comme urbain, ni comme rural ou on ne sait pas.

Sans domicile fixe : dans cette catégorie ont été inscrits seulement les malades étant venus avec l'étiquette "sans domicile fixe".

La rubrique "Prison" : venant de la maison d'arrêt, n'avait en fait aucune raison d'être. En effet cette rubrique avait été mise au début parce qu'il semblait intéressant de savoir le nombre de malades venant de la prison.

Mais ensuite nous nous sommes rendus compte que ce qui était intéressant c'était de répérer à chaque hospitalisation les malades venant de la prison.

C'est pourquoi nous avons à chaque hospitalisation mis une rubrique "dernier domicile avant hospitalisation" dans cette rubrique nous avons fait rentrer la mention "prison".

Nous avons rencontré une difficulté particulière au sujet du domicile. C'est là l'évolution de la notion de rural et d'urbain.

Les communes de Bron, Saint Fons, Villeurbanne en 1910, 1920 étaient des communes rurales, en 1960 elles sont des communes urbaines faisant partie de l'agglomération lyonnaise.

Nous avons dans la mesure du possible tenu compte de cette évolution dans le codage.

Pour le domicile la notion Urbain-Rural est on l'a vu difficile à définir, méthodologiquement elle serait assez mauvaise et nécessiterait en tous cas toute une série de précision demographique sur la notion d'urbanisation. A partir de quel critère nombre d'habitants dans la commune ? Eloignement par rapport à un grand centre ? Profession ?

En fait c'est souvent en fonction de ce dernier facteur que nous avons rangé dans la catégorie urbain ou rural. Tout cultivateur a été rangé rural, même habitant Bourgoin ou Villefranche s/ Saône. Là nous avons été très imprécis et ce renseignement là encore rentrant dans l'épidémologie sera peu utilisable maintenant tout au moins.

C'est là qu'un statisticien ayant des connaissances approfondies des méthodes d'enquête est nécessaire. On voit donc que la coordination clinicien statisticien est essentielle dès le début du travail. Voilà comment nous aurions du procéder.

Le clinicien va voir le statisticien et lui dit :

"Je voudrais faire une enquête sur tous les malades réhospitalisés au Vinatier et inclure comme renseignement le domicile. Hypothèse de travail, par exemple certains malades peuvent être mieux tolérés à la campagne qu'en milieu urbain, ce qui entraincrait une différence dans l'âge de la 1ère hospitalisation ou dans la durée de séjour, les intervalles entre les séjours.

Le statisticien doit répondre si cela est possible ou encore si de la façon dont ce renseignement sera transcrit il sera valablement exploitable ou non, et aussi sous quelle forme et selon quel critère.

Alors entre en jeu le technicien qui indique comment disposer les renseignements sur la fiche, s'il est utilisable avec les machines dont il dispose, etc ...

8°) PROFESSION.

Là aussi c'est la profession à la 1ère hospitalisation qui a été transcrite. Il aurait été intéressant d'avoir la profession à chaque hospitalisation afin de voir plus clairement la désocialisation progressive des malades ou leur resocialisation. Mais comme nous l'avons déjà dit cela ne nous a pas été possible.

Pour la profession nous nous sommes servis de la liste de l'I.N.S.E.E. C'est peut-être la rubrique qui nous a donné le plus de mal. Le codage en a été assuré par une seule personne, Madame DUCLOS, Interne à l'Hôpital du Vinatier.

Le code est celui des catégories socioprofessionnelles de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Opuscul de 60 pages, très complexe. Le but de cette classification est le suivant : "classer l'ensemble de la population ou tout au moins l'ensemble de la population active en un nombre restreint de grandes catégories présentant chacune une certaine homogénéité sociale".

La notion d'homogénéité sociale est importante à préciser, personnes susceptibles d'entretenir des relations personnelles entre elles, avoir souvent des comportements ou des opinions analogues, se considérer elles-mêmes comme appartenant à une même catégorie et être considérées par les autres comme appartenant à une même catégorie.

C'est ainsi qu'une profession exprime par un même mot : jardinier pourra se retrouver dans plusieurs catégories selon qu'il s'agit d'un jardinier propriétaire, exploitant 01, ou salarié agricole 10, ou ouvrier qualifié du secteur privé 61 (jardinier d'agrément). De même un chaudronnier n'appartient pas à la même catégorie socioprofessionnelle s'il est à la campagne 22 ou en ville 61.

Il nous est difficile ici d'entrer dans le détail car il nous faudrait reprendre le code entier.

Nous nous contenterons seulement de donner la liste des 99 catégories socioprofessionnelles :

0. AGRICULTEURS EXPLOITANTS.

- 00. Agriculteurs s.a.i.
- 01. Propriétaires exploitants.
- 02. Fermiers.
- 03. Métayers.

1. SALARIES AGRICOLES - 10. Salariés Agricoles.

2. PATRONS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE.

- (20) Patrons de l'industrie s.a.i.
- 21. Industriels
- 22. Artisans.
- 23. Patrons Pêcheurs.
- (25) Commerçants s.a.i.
- 26. Gros Commerçants.
- 27. Petits Commerçants.

3. PROFESSIONS LIBERALES ET CADRES SUPERIEURS.

- 30. Professions libérales.
- 32. Professeurs : professions littéraires et scientifiques.
- 33. Ingénieurs (secteur privé).

34. Cadres Administratifs supérieurs (secteur privé).

35. Cadres supérieurs (secteur public).

4. CADRES MOYENS.

41. Instituteurs, services médicaux et sociaux (secteur privé).

42. Instituteurs, services médicaux et sociaux (service public).

43. Techniciens (secteur privé).

44. Cadres administratifs moyens (secteur privé).

45. Cadres moyens (secteur public).

5. EMPLOYES.

51. Employés de bureau (secteur privé).

52. Employés de bureau (service public).

53. Employés de commerce.

6. OUVRIERS.

60. Contremaîtres (secteur privé).

61. Ouvriers qualifiés (secteur privé).

62. Ouvriers qualifiés et contremaîtres (secteur public).

63. Ouvriers spécialisés (secteur privé).

64. Ouvriers spécialisés (secteur public).

65. Mineurs.

66. Marins et pêcheurs.

67. Apprentis ouvriers.

68. Manoeuvres.

7. PERSONNELS DE SERVICE.

70. Gens de maison.

71. Femmes de ménage.

72. Autres personnels de service.

8. AUTRES CATEGORIES.

80. Artistes.

81. Clergé

82. Armée et Police.

9. PERSONNES NON ACTIVES.

(90) Enfants de moins de 14 ans.

91. Etudiants et élèves.

92. Militaires du contingent.

93. Anciens Agriculteurs.
94. Retirés des affaires.
95. Retraités du secteur public.
96. Anciens salariés du secteur privé.
(97) Personnes dépendant d'institutions.
(98) Ménagères.
99. Autres personnes non actives.

Il s'agit d'une classification à deux colonnes.

Il est intéressant de noter que, à partir de là, des classifications et regroupement peuvent être opérés soit en comparaison de la classification professionnelle adoptée des Etats-Unis d'Amérique (cette classification est beaucoup utilisée dans les travaux statistiques américains).

La correspondance est indiquée ci-dessous :

Professionnal and semi-professionnal persons	30+32+33+41+42+43+80+81.
Farmers	01+02+03.
Propriétors, managers and officials	
Propriétors	21+22+23+26+27
Managers	34
Officials	35
Clerks ans Salesmen	
Clerks	44+45+51+52.
Salesmen	53
Craftsmen and foremen	60+61+62.
Opératives	63+64+65+66+67.
Domestic service Workers	70+71
Protective service workers	82
Service Workers, excluding domestic and protective	72
Farm laborors	10
Laborors, excluding farm and mine	68

Un autre groupement conduira à une classification d'inspiration marxiste (dans la mesure où une telle classification peut être

obtenue d'après la classification de profession).

Paysannerie	01+02+03.
Prolétariat agricole	10
Bourgeoisie	21+26+30.
Petite bourgeoisie	22+23+27.
Cadre du capitalisme	32+33+34+44.
Appareil d'Etat	35+45+82.
Prolétariat urbain	41+42+43+51+52+53+60+61+62+63+64+65+66+67+68+71+72.
Hors classe	70+80+81.

Enfin un autre regroupement correspondant à une classification assez utilisée en France.

Agriculture	01+02+03+10.
Patrons	21+22+23+26+27.
Professions libérales et assimilées	30+41+80+81.
Cadres	33+34+43+44.
Employés	51+53
Fonctionnaires	32+35+42+45+52+82.
Ouvriers	60+61+62+63+64+65+66+67+68.
Services	70+71+72.

Critique méthodologique :

Un certain nombre de difficultés ont surgi pour le codage de cette rubrique. Nous nous sommes aidés non seulement de la profession transcrite mais aussi d'autres critères : ainsi par exemple une profession sera codée dans une catégorie ou une autre selon la nature d'exercice artisanal ou prolétarien, rural ou urbain, etc ...

D'autre part, sont codés différemment :

Armée et police 82

Militaire du contingent 92 classés dans les non actifs.

Dans l'analyse de catégories, se trouve en 97 "personnes dépendant d'institutions "hospices, sanatorium, préventorium, hô-

pitaux psychiatriques, etc ...

Evidemment cette catégorie n'a pas été utilisée n'ayant pour nous aucun intérêt.

D'autre part les catégories sont différentes pour les ouvriers du secteur privé, secteur public, une telle différenciation n'a pas toujours été possible.

Lors de l'utilisation des renseignements et de la rubrique profession, il faudra reprendre l'analyse de chaque catégorie et voir exactement à quoi elle peut correspondre. D'autre part il sera certainement préférable d'adopter une de ces classifications de regroupement dont nous avons parlé plus haut.

9°) SITUATION MATRIMONIALE.

Là aussi le renseignement est établi à la 1ère hospitalisation, mêmes regrets que pour la rubrique "profession". Il s'agit donc d'un renseignement statique.

Nous avons pris comme catégorie :

1. célibataire.
2. marié
3. veuf
4. divorcé
5. séparé
6. divers.

Il aurait également été intéressant de voir le nombre d'enfants (mais il s'agit d'un renseignement ne figurant pas aux dossiers administratifs) De même pour les malades vivant en concubinage et qui ont été inscrits à la rubrique "célibataires".

Nous aurions pu avoir catégorie 6 : concubinage.

En effet ce qui pourrait être intéressant c'est de voir le facteur isolement et de l'étudier, mais il s'agit là déjà d'épidémologie ce qui est beaucoup plus compliqué. En tous cas on voit tout le problème posé par cette double nécessité dont on parlait au début de ce travail : les renseignements intéressant au point de vue clinique et dont la recherche est possible à partir des documents archives de base.

Or justement à partir des archives administratives dont nous disposions il n'était pas possible de retrouver ce groupe "concubinage" que nous avons laissé de côté.

10°) RELIGION.

Enfin un dernier renseignement statique : là aussi il s'agit d'un renseignement très fragmentaire. Il a été mis par principe mais se révèlera peut-être pas utilisable.

En effet la religion catholique est presque plus en France une caractéristique sociologique que religieuse; souvent automatiquement est étiqueté "catholique" tout malade qui n'est pas expressément d'une autre religion.

Nous avons pris comme catégorie :

1. Catholique
2. Protestant
3. Musulman
4. Israëlite
5. Orthodoxe
6. Sans religion
7. Divers.

Le seul intérêt que nous avions vu était l'étude comparative dans le sens majorité-minorité, comme pour l'origine éthnique.

Dans un pays sociologiquement catholique comme la France, il est bien certain que les protestants, israëlites, orthodoxes, etc .. risquent d'être opprimés ou de ressentir la situation comme oppressive. Or on sait combien les facteurs isolement et oppression sont capitaux dans l'existence des maladies mentales.

Nous avons étudié au paragraphe de l'origine éthnique le origine - religion, nous n'y revenons pas. Disons seulement que du point de vue pratique, les catégories 6 sans religion et divers 7 ne forment qu'un seul et même groupe. Nous aurions voulu isoler d'une part le groupe de malades se déclarant sans religion du groupe de malades où rien n'a

été inscrit à la rubrique religion sur le dossier administratif. Mais en fait pratiquement les malades ne se déclarent jamais sans religion.

RENSEIGNEMENTS A CHAQUE HOSPITALISATION :

1°) Le mode de placement.

Nous avions dès le début prévu 4 catégories :

Internement :	Office.	1
	Volontaire	2
	Auto-placement	3
	Service-libre.	4

En fait nous avons conservé simplement :

1. Office.
2. V.T.G.
4. Service libre.

En effet pratiquement, il était difficile de retrouver les auto-placements qui sont tous administrativement inscripts dans les placements volontaires. Il aurait fallu relire tous les certificats d'internement.

D'autre part, la notion de placement d'office ou volontaire est souvent fort peu médicale.

Jusqu'à un passé très récent, l'an dernier, tout malade venant d'un Hôpital Général était systématiquement en placement d'office.

D'autre part lorsque les services libres sont pleins et que se présente un malade au service de porte, si l'on juge nécessaire de l'hospitaliser, il n'y a pas d'autre moyen que de l'adresser au service de porte de l'hôpital général où là, on lui fait un certificat d'internement, d'office le plus souvent.

De plus sont étiquetés "volontaire" les malades envoyés au Vinatier par l'autorité militaire et leur nombre est important, surtout dans les périodes de guerre 1914-1918, 1939-1940 et depuis 1955 la "guerre d'Algérie".

Nous avons d'ailleurs un moyen de différencier ces "volontai-

res militaires" des volontaires non militaires.

En effet dans la rubrique suivante "d'où vient le malade ?" (case 22) nous avons mis la mention "militaire" ; mais il aurait été plus simple de faire dans la case 21 (placement) une mention volontaire militaire. Nous n'y avons pas pensé au début et après il aurait fallu reprendre toutes les feuilles.

A noter que le mode de placement inscrit est celui de l'entrée. S'il y a transformation du placement au cours du séjour hospitalier, cela n'a pas été inscrit. Très souvent, actuellement un placement d'office est converti en placement volontaire ou auto-placement. Cette transformation s'inscrivant dans un contexte psychothérapique.

En fait il nous a paru intéressant de voir l'évolution du placement, et cela sera l'objet d'une étude ultérieure. Au fur et à mesure que l'asile disparait pour faire place à l'hôpital psychiatrique, le placement d'office doit disparaître pour faire place au placement volontaire et au placement en service libre, et pour le placement volontaire à l'auto-placement.

C'est bien ce qui se passe et parallèlement d'ailleurs à l'accroissement du nombre de lits de service libre.

100 lits de service libre de 1943 à 1948 - 200 de 1948 à 1962 et 235 déjà depuis le mois de janvier 1962.

C'est d'ailleurs pourquoi pour étudier l'évolution du mode de placement nous envisageons toujours trois périodes : avant 1943, 1943-1948, après 1948.

Nous ne verrons plus toutes les difficultés techniques mécanographiques que nous avons rencontrées pour une hospitalisation s'étant déroulée en partie en service ouvert, en partie en service fermé (malade entré au service ouvert qui ensuite est interné).

Nous aurions pu éviter une telle complication en codant de façon spéciale le mode de placement.

1. Office.
2. Volontaire
3. Service libre.
4. Service libre ..... Office.
5. Service libre ..... Volontaire.

6. Office ..... service libre.

7. Volontaire ..... service libre.

et :

8. Service fermé .... service libre ... service fermé.

9. Service libre ... service fermé ... service libre.

0. Volontaire placés par l'autorité militaire.

2°) Rubrique d'où vient le malade.

Ce renseignement n'a pas été inscrit dès le début, peut-être 1.000 ou 2.000 dossiers ont été établis sans ce renseignement. Pourquoi a-t-il été rajouté ?

C'est parce que nous avons constaté que très souvent le début des troubles mentaux ne correspondait pas à la date d'hospitalisation.

Bien souvent le malade vient d'un autre hôpital psychiatrique d'où il a été transféré, soit d'une clinique psychiatrique, soit d'un hôpital général, d'un hospice.

On a choisi les mentions suivantes :

1. Domicile.

2. Hôpital général.

3. Hôpital psychiatrique ou clinique psychiatrique.

4. Service ouvert.

5. Hospices.

6. Service fermé.

7. Prison.

8. Militaire. Armée.

9. Divers.

Il s'agit certes d'un renseignement parcellaire et d'inégale valeur, par exemple en ce qui concerne la mention Hôpital Général.

Plusieurs cas sont possibles.

Un malade trouble l'ordre public, il est ramassé par la police, emmené au service de porte de l'hôpital général, y reste de 5 minutes à un jour et se trouve au Vinatier avec un certificat d'internement.

Ou bien un malade entre au service neuropsychiatrique de l'hôpital général, arrive la visite du matin et la contre-visite de l'après-midi, on s'aperçoit que le service est plein et on évacue sur le Vinatier pour faire de la place ; cela se traduit par 4 ou 5 certificats d'internement et une cargaison de malades arrivant brusquement de 8 à 10 heures du soir, dans un contexte souvent d'ailleurs peu psychothérapique !

Parmi les malades venant de l'hôpital général, certains auront passé 1 heure, d'autres 3 semaines, dans cette rubrique donc il y aura des éléments divers.

3°) Date de l'hospitalisation.

Ce renseignement nous a paru intéressant comme point de repère dans le temps. Il a été transcrit sous la forme : trimestre - année. En effet, si l'on veut faire des comparaisons valables il faut les faire par tranches d'année, par période, aussi est-il nécessaire de repérer le début des hospitalisations, c'est pourquoi la date d'entrée a été codée, mais non la date de sortie. Nous avons pris : 1 case pour le trimestre, 2 case pour l'année.

4°) Age.

L'âge de l'hospitalisation est un renseignement intéressant. Il sera intéressant de voir l'âge moyen de première hospitalisation

- selon les divers syndromes psychiatriques,
- selon le domicile, urbain, rural, la situation matrimoniale, la profession, le sexe, etc ...

Bien sûr l'âge de la 1ère hospitalisation ne devra pas être confondu avec le début des troubles cliniques.

Mais il serait intéressant de voir si l'âge moyen de 1ère hospitalisation ne varie pas selon les périodes, par exemple une hypothèse serait de voir, si l'âge moyen de 1ère hospitalisation n'est pas plus précoce maintenant qu'autrefois, ou on attendait beaucoup avant de venir à l'hôpital. L'âge moyen peut varier aussi selon le domicile ? Plus

précoce en milieu urbain, moins tolérant qu'en milieu rural, plus tolérant ? Toutes ces hypothèses demanderaient à être vérifiées, et ceci pour chaque catégorie.

D'autres hypothèses de travail sont possibles, comparer âge moyen 1ère hospitalisation et durée d'hospitalisation. Si l'âge moyen est plus précoce l'hospitalisation est peut-être plus courte - les troubles mentaux étaient plus facilement reversibles, etc ...

5°) Durée d'hospitalisation.

Importance évidemment capitale. Deux indices à étudier en commun : durée de l'hospitalisation et durée avant la rechute, c'est-à-dire intervalle libre entre deux hospitalisation successives.

Les durées sont inscrites en années et jours.

Les durées ont été arrondies : 222 jours ont été inscrits 220.
223 jours ont été inscrits 225.

Nous avons vu que pour les durées nous aurions pu du point de vue technique économiser une case, codant en jours et non en années et jours.

6°) Ensuite vient pour chaque hospitalisation le diagnostic.

Un premier problème s'est posé : quelle nomenclature nosographique adopter ? Nous sommes partis comme nous le conseillait le Docteur LAUZIER, de l'état M.S.5 ancien état 13. Le Docteur LAUZIER nous proposait un état M.S.5. abrégé avec 13 grandes catégories :

- Etats d'arriérations mentale.
- Etats de déséquilibre.
- Psychonévroses.
- Etats délirants aigus.
- Etats délirants choniques.
- Démences précoces.
- Confusions mentales aiguës.
- Intoxications (alcoolisme).
- Psychoses syphilitiques.
- Démences organiques.

- Epilepsie.
- Etats psychiatriques ou neurologiques divers non classés ci-dessus.

Nous avons pensé pouvoir élargir cet éventail en prenant des sous-groupes dans certaines catégories.

D'autre part nous nous sommes heurtés, comme dans toute nomenclature nosographique au choix d'une nomenclature par diagnostic : schizophrénie, manie, mélancolie, ou par symptôme : excitation, dépression, etc ...

Etudions comparativement à l'état M.S.5. la nomenclature que nous avons définitivement élaborée après des tatonnements et en fonction des besoins de l'enquête et des renseignements fournis.

I. Etats d'arriération.

00 lorsque le degré n'est pas précisé (état d'arriération sans autre précision).
01 Débilité.
02 Imbécilité.
03 Idiotie.

L'ensemble des états d'arriération mentale comprendra donc : les diagnostics : 00 + 01 + 02 + 03.

En effet très souvent le certificat de 24 heures ou de quinzaine à notre disposition ne précise pas le degré de l'arriération.

Nous n'avons pas cru devoir retenir la rubrique crétinisme (myxoedème) de l'Etat M.S.5. Les cas de crétinisme sont très rares, ils ont été codés : arriération 00.

II. Etats de déséquilibre constitutionnel. 0 5.
sans autre précision.

Nous avons là différer très largement de l'état M.S.5.

Pour l'état M.S.5. les états de déséquilibre se subdivisent en trois formes : troubles de l'émotivité.
troubles du caractère et du comportement.
perversions instinctives.

Nous avons séparé les états de déséquilibre 0,5 des malades venus pour troubles du caractère 0,6, ou du comportement 0,7, ne se ralliant pas au tableau du déséquilibre mental. Nous avons fait cela car nous avons trouvé un certain nombre d'hospitalisations où seules ces mentions étaient portées dans les divers certificats.

Nous verrons dans la critique ce qu'il faut en penser du point de vue méthodologique et clinique. Les états 0,6 et 0,7, constituent donc des états séméiologiques qui ne rentrent pas dans le déséquilibre mental.

III. Psychonévroses.

10 Psychonévrose sans précision.

11 Hystérie.

12 Neurasthénie.

14 Dépression névrotique.

En fait très souvent il a été difficile dans les certificats de différencier les diverses rubriques, car certains entendent psychonévrose au sens de l'état M.S.5. ; les autres par ce mot désignent la psychonévrose obsessionnelle seulement.

On pourrait nous reprocher de ne pas avoir laissé une rubrique spéciale pour la névrose obsessionnelle. C'est en effet dans un certain sens une grave ommission mais d'un autre côté nous nous sommes trouvés devant des certificats qui, le plus souvent portaient "névrose" sans précision, et rarement "psychonévrose obsessionnelle", si bien qu'en fait notre rubrique 10 comprend : les psychonévroses obsessionnelles plus les états étiquetés aux certificats, psychonévrose, sans précision et qui sont peut-être des névroses hystériques, des neurasthénies, etc ..

Nous avons isolé une rubrique 13 : anxiété (rubrique symptomatique qui ne signifie pas névrose d'angoisse.

Aussi pratiquement pour l'exploitation serons nous amenés à n'envisager qu'un groupe comprenant la somme des diagnostics 10 - 11 - 12 - 14.

IV. Etats maniaco-dépressifs, etat dysthymiques.

Là nous avons isolé la P.M.D. 15
Les états maniaques et hypomaniaques 16
Les mélancolies stuporeuses, anxieuses, délirantes 17
Les états mélancolie présénile ou mélancolie d'involution 18
Les états mixtes 19

L'ensemble des états maniaco-dépressifs comprendra lui aussi la somme 15 + 16 + 17 + 18 + 19.

V. Etats délirants aigus.

Dans lequel nous avons rangé des états délirants aigus 20
des bouffées délirantes 21
Nous y avons ajouté : psychoses puerpérales 22

Dans l'état M.S.5 nous trouvons :
états délirants aigus (bouffée délirante). Il semble donc s'agir là d'une synonimie.

Or nous avons rencontré quelques rares cas ou il s'agissait bien d'un état délirant mais sans que cela puisse dire bouffée délirante ou délire chronique ou schizophrénie, c'est pourquoi nous avons créé cette catégorie état délirant aigu, différente des bouffées délirantes, mais ces cas sont exceptionnels, 3 sur 5.400 malades et pourront donc être laissés de côté et ne faire qu'une catégorie 20 + 21.

VI. Etats délirants chroniques. 25.

Nous avons inscrit dans ce chapitre tous les états délirants chroniques autres que les faux schizophrènes. Nous avons inscrit sous cette rubrique donc la P.H.C., la paranoïa, le délire d'interprétation, etc ...

VII. Les états schizophréniques.

Lorsqu'il ne nous était pas possible de différencier la forme clinique nous avons inscrit codage ..... 30.

Pour les formes hébéphrénocatatoniques ..... 31.

Pour les formes paranoïdes .... 32.

mais très souvent les certificats comprennent simplement le terme schizophrénie, aussi ces diagnostics 31 et 32 ne sauraient donné une idée de l'importance des formes cliniques respectives.

Les états schizophrénie comprennent la somme des diagnostics 30 + 31 + 32.

VIII. Confusion aiguë. 35.

La nomenclature de l'état M.S.5., confusion aiguë, est ainsi rédigée : confusion aiguë (confusion mentale primitive, délire aigu, encéphalites psychosiques, symptomatiques, etc ...) c'est-à-dire d'un état confusionnel symptomatique.

Nous avons pensé qu'il s'agit là d'une sorte de fourre-tout et nous avons réservé le terme de confusion aiguë à des états correspondant en gros aux confusions aiguës primitives. Du reste ce chapitre est très minime puisqu'on en a trouvé une trentaine en tout (27 exactement), états confusionnels avec hospitalisation de courte durée.

IX. Alcoolisme.

Alcoolisme sans précision	40
Délirium	41
Alcoolisme chronique	42
Démence alcoolique	43
Délires alcooliques	44

Là aussi l'ensemble alcoolisme groupe 40 + 41 + 42 + 43 + 44.

X. Autres intoxications. 45.

XI. Troubles mentaux de la syphilis.

Syphilis cérébrale autre que P.G.	50
P.G.	51

XII. Les démences.

Démence sans précision	55
Démences séniles	56
Démences d'involution	57
Démence post-traumatique	58
Démence arthériopathique	59
Ainsi l'ensemble des états démentiels comprendra	55 + 56 + 57 + 58 + 59.

XIII. Epilepsie.

Epilepsie sans autre précision	60
Epilepsie plus troubles du caractère	61
Démence épileptique	62
Confusion épileptique	63

Là aussi comme pour les états schizophréniques l'importance relative des 61,62,63 n'est pas en rapport avec l'importance respective de ces formes cliniques. En effet bien souvent seule la mention épilepsie est notée.

Pour l'étude des épilepsies on devra donc étudier en bloc 60 + 61 + 62 + 63.

XIV. Divers.

Nous avons rangé dans ce chapitre trois rubriques particulières :

- Etats psychotiques divers (65) où nous avons mis ce que nous ne pouvions ranger ailleurs les cas où il nous a été impossible malgré les multiples certificats de 24 heures, quinzaine, situations, de trancher en faveur de tel ou tel diagnostic mélancolie, P.H.C., schizophrénie, etc ... nous verrons d'ailleurs que c'est dans l'établissement du

diagnostic d'ensemble probable que nous avons rencontré le plus de difficultés et que la rubrique 65 nous a le plus rendu service.

- Les démences vésaniques (66). Si ce chapitre a complètement disparu de la psychiatrie cependant parmi les multiples diagnostics rencontrés nous avons trouvé celui-ci à plusieurs reprises.

- Enfin nous avons fait une rubrique spéciale pour les états d'excitation (67). Nous avons en effet rencontré des cas où seul apparaissait l'excitation sans que puisse se dessiner à coup sur dans quel contexte ce symptôme s'inscrivait : schizophrénie, P.M.D., délire chronique ? etc.. On remarquera dans l'exploitation que ces états d'excitation ont surtout été notés chez les algériens-musulmans. Il semble là surtout qu'il s'agisse d'état d'excitation réactionnelle.

XV. Nous avons fait un 15ème chapitre :
Etat psychiatrique non démentiel d'origine organique

Nous avons rangé là des syndromes inscrits dans l'état M.S.5 sous la rubrique "confusion aiguë".

Etat psychiatrique non démentiel d'origine organique

sans autre précision	70.
Tumeurs cérébrales	71
Encéphalite	72
Divers	73
Délire aigu	74

Nous avons rangé dans ces rubriques et surtout dans la rubrique 73 les troubles mentaux de Parkinson, des troubles mentaux de hémiplégie, etc ...

Enfin une dernière rubrique 99, pas de troubles mentaux.

Nous avons laissé de côté le diagnostic de non aliéné et celui de simulateur.

RECAPITULATIF DE LA NOMENCLATURE.

I. ETATS D'ARRIERATION.

Etat d'arriération	00
Débilité	01
Imbécilité	02
Idiotie	03

II. DESEQUILIBRE 05

Trouble du caractère	06
Trouble du comportement	07

III. ETATS PSYCHONEVROTIQUES.

Psychonévrose (sans précision)	10
Hystérie	11
Neurasthénie	12
Etat dépressif non mélancolie	14
Anxiété	13

IV. ETATS MANIACO-DEPRESSIFS .

P.M.D.	15
Manie hypomanie	16
Mélancolie d'involution	18
Mélancolie	17
Etat mixte	19

V. ETATS DELIRANTS AIGUS.

Etats délirants aigus	20
Bouffée délirante	21
Psychose puerpérale	22

VI. ETATS DELIRANTS CHRONIQUES 25

VII. SCHIZOPHRENIES.

Schizophrènie sans précision 30

Hébéphrénocatatonie 31

Psychose paranoïde 32

VIII. CONFUSIONS AIGUES 35

IX. ALCOOLISME

Alcoolisme sans précision 40

Délirium 41

Alcoolique chronique 42

Démence alcoolique 43

Délire alcoolique 44

X. INTOXICATION NON ALCOOLIQUE 45

XI. SYPHILIS CEREBRALE

sauf P.G. 50

P.G. 51

XII. DEMENCES

sans précision 55

Démence sénile 56

Démence présénile 57

Démence post-traumatique 58

Démence arthéropathique 59

XIII. EPILEPSIE.

Epilepsie tout court 60

Epilepsie + troubles du comportement 61

Démence épileptique	62
Confusion épileptique	63

XIV. ETATS PSYCHOTIQUES DIVERS

Psychose inclassable	65
Démence vésanique	66
Etat d'excitation	67

XV. ETATS PSYCHIATRIQUES NON DEMENTIELS.

Etat psychiatrique non démentiel	70
Tumeur cérébrale	71
Encéphalite	72
Divers	73
Délire aigu	74
Pas de troubles mentaux	99.

Au cours d'un récent week-end de travail qui a réuni toute l'équipe de l'enquête autour du Docteur SADOUN, nous avons étudié cette nomenclature et le Dr. SADOUN nous a montré combien méthodologiquement elle était mauvaise.

Nous avons dans cette nomenclature deux ordres de classification : une classification par diagnostics et une classification par symptômes, ce qui présente des inconvénients pour l'utilisation.

Exemple, un malade alcoolique chronique fait 11 hospitalisations.

Diagnostic global 42.

Diagnostic à chaque hospitalisation : 42, 42, 42, 67, 42, 42, 42, 42, 42, 42, 42.

Nous avons là une famille hétérogène ce qui est très important, mais l'hétérogénéité est introduite par une nomenclature de symptôme : trouble du comportement. Cela ne veut pas dire que lors de cette hospitalisation le malade s'est présenté différemment des 10 autres fois,

mais que le médecin s'est comporté différemment, cette hétérogénéité teste le médecin non le malade.

Cela ne serait pas la même chose si au lieu du diagnostic 07 il y avait le diagnostic 31 par exemple. Or, justement un des intérêts de l'enquête des rechutes sera de voir comment se comportent les différentes familles de diagnostics. Il y aura des familles homogènes, à chaque hospitalisation même diagnostic, ou plus exactement même grande classe : états schizophrèniques par exemple ou alcoolisme, etc ..

Il y aura des famille hétérogènes.

Dans ces familles hétérogènes on verra des familles où le diagnostic changera perpétuellement, d'autre ou au bout de la 2ème ou 3ème hospitalisation le diagnostic devient immuable. Les auteurs anglo-saxons ont montré que, à partir de la 3ème année, le malade psychiatrique portait toujours la même étiquette, quel que soit le psychiatre, et cela pour 90 % des malades, 10 % seulement voient le diagnostic osciller perpétuellement, mélancolie délirante, état dépressif, type schizophrène par exemple.

Dans l'exemple que nous avons pris de ce malade alcoolique chronique, la question qui se pose d'abord, faut-il le considérer comme une famille hétérogène du fait de l'introduction du 07. Le 07 étant en 4ème position on peut considérer qu'en fait il s'agit d'une famille homogène.

S'il était en 1ère position ce serait beaucoup plus délicat car il pourrait alors s'agir d'un malade qui à la 1ère hospitalisation s'est présenté uniquement avec des troubles du comportement. Ensuite se précise et se fixe la notion alcoolisme. Dans ce cas il faudrait retenir le premier 07.

Dans notre nomenclature les éléments symptomatiques introduits sont :

Troubles du caractère	06
Troubles du comportement	07
Etat d'excitation	67
Anxiété	13

Or si nous avons eu besoin de certaines de ces rubriques que

nous avons rajoutées à une première tranche de dossiers de malades, c'est à cause de l'imprécision des certificats médicaux qui, tant à la quinzaine qu'au 24 heures ou à la sortie, restent parfois purement symptomatiques.

En fait nous avons trouvé 50 malades sur 5.000 qui ont été rangés dans la rubrique 06 07. 20 en 67, et 10 en 13, ce qui ne fait même pas 2 % pour les 4 catégories.

Le Docteur SADOUN nous a indiqué la nouvelle nomenclature qui va en France être adoptée pour les statistiques psychiatriques et va remplacer l'état M.S.5. totalement archaique et incohérent.

En particulier pour le système actuel certaines entrées ou sorties sont comptabilisées deux fois.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail de cette réforme, cela ne fait pas l'objet de ce présent travail. Disons seulement son importance. Car actuellement toute politique hospitalière, si elle se veut tant soit peu scientifique doit être basée sur les statistiques. Or on voit déjà les observations qui peuvent sortir de l'étude de statistiques faussées et déformées.

Nous allons d'abord donner la nouvelle classification qui permet des comparaisons avec la classification internationale en 6 grands groupes.

CATEGORIE DIAGNOSTIC S.P.5.

1) MALADIES SANS ETIOLOGIE DETERMINEE (I à V).

I. Psychoses maniaco-dépressives.
Manie mélancolie.

II. Confusion aiguë non symptomatique.

III. Etats délirants aigus (bouffées délirantes).

IV. Schizophrénies chroniques. Démences précoces (dans lesquelles sont rangés les délires paranoïdes).

V. Délires chroniques systématiques.

2°) TROUBLES MENTAUX SYMPTOMATIQUES (VI à XI sauf VII).

VI. Psychoses alcooliques.
VII. Alcoolisme chronique.
VIII. P.G. et autres troubles mentaux de la syphilis.
IX. Troubles mentaux des épileptiques.
X. Etats démentiels de la sénilité, démences préséniles.
XI. Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale.

3°) NEVROSES. XII

4°) ETATS DE DESEQUILIBRE MENTAL PLUS PSYCHOPATHES.

XIII. Etats déséquilibre mental, et toxicomanie en dehors de l'alcoolisme.
VII. Alcoolisme chronique.

5°) ETATS D'ARRIERATION. XIV.

6°) ETATS NON CLASSABLES DANS LES CATEGORIES PRECEDENTES. XV.

En prenart cette classification et en la décomposant en sous groupes comme nous l'avons fait cela donne la nomenclature suivante :

I.	Psychoses maniaco-dépressif	P.M.D.	15
		Manie	16
		Mélancolie	17
		Mélancolie d'involution	18
		Etat mixte	19.

II. Confusion aiguë. 35

III. Etats délirants aigus. 20 + 21.

IV.	Schizophrénies chroniques.	Schizophrénie sans autre précision	30
		Hébéphréno-catatonie	31
		Etats paranoïdes	32
V.	Délires chroniques systématisés.	25.	
VI.	Psychoses alcooliques.	Délirium	41
		Démence alcoolique	43
		Délire alcoolique	44
VII.	Alcoolisme chronique.	Alcoolisme sans précision	40
		Alcoolisme chronique	42
VIII.	P.G. et troubles mentaux de la syphilis.		
		Troubles mentaux de la syphilis autre que la P.G.	50
		P.G.	51
IX.	Troubles mentaux des épileptiques.		
		Epilepsie sans précision	60
		Epilepsie plus troubles du caractère	61
		Démence épileptique	62
		Confusion épileptique	63
X.	Etats démentiels et sénilité et présénilité.		
		Démence sans précision	55
		Démence sénile	56
		Démence présénile	57
		Démence artériopatique	59
XI.	Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale générale.		
		Troubles mentaux d'une affection générale sans précision	70
		Tumeur cérébrale	71
		Encéphalite	72

	Délire aigu	74
	Démence post traumatique	58
	Psychose puerpuérale	22
	Divers	73
XII. Névroses.	Psychonévrose sans précision	10
	Hystérie	11
	Neurasthénie	12
	Dépression	14
XIII. Déséquilibre psychique et toxicomanie en dehors de l'alcoolisme.		
	Déséquilibre	05
	Toxicomanie non alcoolique	45
XIV. Etats d'arriération.	Etat d'arriération sans précision	00
	Débilité	01
	Imbécilité	02
	Idiotie	03
XV Etats non classables dans les catégories précédentes.		
	Etats psychopatiques non classables	65
	Démence vésanique	66
	Etat d'excitation	67
	Troubles du caractère	06
	Troubles du comportement	07
	Anxiété	13
	Pas de troubles mentaux	99

Il reste un autre problème, celui des diagnostics composés. Par exemple : débilité plus alcoolisme. Epilepsie plus alcoolisme.

Jusqu'à présent nous avons procédé de façon différente suivant les cas.

Un des axes apparait comme nettement dominant, dans la

transcription il est souligné, c'est lui qui est codé. Si au cours de plusieurs hospitalisations on retrouve le même diagnostic composé, une fois ou deux on codera l'autre composante non dominante afin d'en avoir la notion. Il s'agit là d'un système qui, méthodologiquement n'est pas valable.

Il nous aurait fallu introduire dans la classification des diagnostics à deux axes.

Dans la pratique pour la 2ème partie de l'enquête (les malades n'ayant été hospitalisés qu'une fois) nous pourrons introduire ce diagnostic à deux axes.

Soit par exemple :

- dans le groupe IX. Epilepsie.
  Epilepsie + alcoolisme 64
- dans le groupe XIV. Arriération.
  Débilité + alcoolisme 04
  Débilité + épilepsie 80
- dans le groupe XII, il serait bon de mettre :
  psychonévrose sans précision 10
  névrose obsessionnelle 09
  Névrose d'angoisse 13

Techniquement il nous aurait été possible de faire un codage à deux axes : 2 cases pour la classification diagnostic, deux cases pour l'indexage symptomatique.

Par exemple :

- Etat dépressif chez un malade porteur d'une tumeur cérébrale.
  Tumeur cérébrale 71 - Etat dépressif 14.

Cela aurait demandé 4 cases par hospitalisation et d'autre part les renseignements fournis par les certificats ne permettent une si fine analyse diagnostic.

En fait ce qui est intéressant dans une étude statistique de masse, c'est de déterminer de grands groupes peu nombreux et non une multitude de petits groupes.

Il ne faut pas chercher à mettre trop de renseignements car on se trouve alors submergé sous un flot qu'on cherche à utiliser au maximum et on ne va pas à l'essentiel, c'est-à-dire à étudier le profil

de grands groupes.

MODE DE SORTIE.

En ce qui concerne le mode de sortie nous avons suivi de plus près les rubriques administratives plutôt que sa signification médicale.

Nous avons distingué :

1. Guéri et amélioré. Sous cette même rubrique sont rangés des états médicaux différents. Mais là encore nous nous sommes heurtés aux certificats médicaux de sortie. Nous avons rangé dans cette rubrique les certificats comportant les formules suivantes.

. est assez amélioré, sa sortie peut être ordonnée.

. ne présente actuellement plus de troubles mentaux qui avaient nécessité son hospitalisation.

. Le médecin-chef déclare ne pas s'opposer à la sortie.

. Etat inchangé. La sortie peut être ordonnée.

2. Sortie d'essai. Là aussi il s'agit d'une rubrique purement administrative.

3. Sort sur sa demande. Mode de sortie du service libre. Il s'agit de cas où le malade contre avis médical quitte le service libre sous sa propre responsabilité.

4. Evadé. Il nous a paru intéressant de voir ce que représente les évasions dans le mode de sortie, et ceci en comparant par exemple plusieurs périodes.

5. Transfert dans un autre hôpital psychiatrique. Ce mode de sortie est lui aussi très administratif.

6. Passage du service libre au service fermé. En effet beaucoup de malades après un séjour plus ou moins long au service libre passent au

service fermé soit pour une raison vraiment psychiatrique, soit pour faire de la place au service libre. Chaque médecin-chef a d'ailleurs une conception différente de la fonction du service libre.

Les uns pensent que le roulement doit y être maximum. Tout malade tant soit peu chronique doit alors passer automatiquement au service fermé après un temps plus ou moins long au service ouvert. D'autres que le service ouvert est le service où cohabitent malades aigus et malades chroniques pour qui l'internement n'est pas nécessaire.

D'autres enfin que le service ouvert doit jouer au maximum le rôle de service d'entrée.

Il est certain que la conception du role respectif du service ouvert et du service fermé évoluera au fur et à mesure que le nombre des lits de service libre augmentera au dépend des lits de service fermé.

Actuellement la proportion pour l'hôpital du Vinatier 200 / 2300 est vraiment nettement insuffisante.

7. Etat grave.

8. Décès.

9. Sortie sur l'hospice a pour les débiles ou le service de malades dits "anormaux" ou séquelles neurologiques.

0. Passage service fermé au service libre. Si le passage du service libre au service fermé n'a pratiquement aucune signification médicale comme on l'assure ; le contraire, beaucoup plus rare, a toujours une valeur psychiatrique et il est intéressant de la noter.

On voit tout de suite qu'il manque un mode de sortie important. Le malade sorti à l'hôpital général pour une affection médicale ou chirurgicale. Il aurait été intéressant de marquer ce mode de sortie. Mais au début nous n'y avons pas pensé. Avec les 10 modes de sortie énumérés précédemment, toutes possibilités de la case réservée au mode de sortie sont épuisées.

Si nous devions recommencer telle enquête nous laisserions à chaque hospitalisation 2 ou 3 cases inemployées au début. Sachant qu'on ne pense pas à tout et qu'après on est bien embarrassé ; de même comme on le verra plus loin nous aurions eu intérêt à laisser pour les renseignements statiques 3 ou 4 cases supplémentaires.

CHAPITRE IV. DEROULEMENT DE L'ENQUETE.

Ainsi que nous l'avons déjà dit tous ces renseignements sont inscrits sur la fiche n° 2 - 3 - 4.

Chaque fiche comprenant les renseignements statiques et les renseignements concernant 3 hospitalisations.

I - En premier lieu nous avons procédé à l' ETABLISSEMENT DE CETTE FICHE, et d'abord d'une manière tout à fait artisanale : établissement de fiches polycopiées.

Puis lorsque nous avons eu les crédits suffisants et après trois modèles différents nous avons adopté une fiche, qui, comme nous l'avons dit, laisse encore à désirer.

C'est d'ailleurs au fur et à mesure de la 2ème partie du travail, dépouillement des dossiers administratifs et inscription de renseignements que nous nous sommes aperçus des erreurs et insuffisances commises et que nous avons été amenés à modifier les fiches, ce qui fait que cette période préliminaire a duré 4 à 5 mois, jusqu'en juin 1960. Pour arriver à envisager tous les problèmes, il a fallu dépouiller au moins 300 à 400 dossiers.

Au cours de ces quatre mois nous nous sommes rendus compte que pour mener à bien ce travail les moyens envisagés au départ étaient nettement insuffisants.

II - En particulier il était nécessaire de trouver une personne à plein temps qui inscrirait les renseignements d'état civil et les renseignements administratifs et ferait le calcul des durées d'hospitalisation et d'intervalle avant la rechute.

Nous avons donc demandé pour cela des crédits complémentaires à l'I.N.H.

L'I.N.H. ne put nous accorder des crédits supplémentaires pour cette secrétaire et nous nous sommes tournés vers la Sécurité Sociale. Nous remercions la Caisse Régionale de sa compréhension, grâce aux crédits de la Sécurité Sociale, une secrétaire pu être engagée. Cette secrétaire travailla au dépouillement de ces dossiers de réhospitalisation de mai 1960 à juin 1961, soit plus d'un an à temps plein.

Nous avons eu la chance de trouver pour ce travail une secrétaire parfaite. Il s'agissait là d'un travail fastidieux, difficile, demandant minutie, persévérence, ordre et méthode ; elle s'en est acquittée au mieux.

En fait pour être bien fait il s'agissait d'un travail très long et difficile : les dossiers administratifs étaient entassés dans un sous-sol, classés en catégories : services ouverts, services fermés, hommes et femmes, et par lettre alphabétique.

Le dépouillement a donc été effectué, lettre alphabétique par lettre alphabétique, menant de front service fermé et service ouvert. En effet si un malade a été hospitalisé une fois au service fermé et une fois au service ouvert cela fait deux hospitalisations et il tombe alors dans le cadre de notre étude. Mais si le dépouillement avait été fait service fermé, puis service ouvert, le dossier ne comprenant qu'une hospitalisation aurait été rejeté les deux fois ce qui aurait été une erreur. Mais notre méthode nécessitant la comparaison perpétuelle des dossiers service fermé service ouvert, a été très longue.

Tout dossier retenu par l'enquête était d'ailleurs tamponné afin qu'ultérieurement il puisse être retrouvé.

La secrétaire inscrivait donc :

- le nom, prénom, n° matricule de l'hospitalisation, le sexe, la nationnalité, le domicile c'est-à-dire la commune d'habitation, la profession, la situation matrimoniale, la religion.
- Pour chaque hospitalisation elle inscrivait le n° matricule qui, ensuite n'est pas transcrit sur la carte mécanographique mais sert pour la recherche des renseignements médicaux soit au livre de la loi pour service fermé, soit dans le service pour le service ouvert, comme nous le

verrons plus loin. Ce numéro matricule d'hospitalisation était accompagné des abréviations S.F. (service fermé), ou S.O. (service ouvert) avec le nom du service libre, Dr. Balvet, Pr. Dechaume, Dr. Requet.

Elle inscrivait également pour chaque hospitalisation :

- le mode de placement.
- la date d'entrée.
- la date de sortie.

Elle a calculé l'âge d'hospitalisation d'après la date de naissance, la durée et la durée entre deux hospitalisations.

Un certain nombre de difficultés de sont présentées.

Avant d'arriver au service fermé certains malades sont hospitalisés au service libre. Lorsque l'hospitalisation au service ouvert est inférieure à 7 jours, elle n'a pas été inscrite sur la fiche. Mais il a été indiqué à la rubrique d'où vient le malade (case 22-42-62), la mention S.O. (x jours).

Lorsque le malade a été plus de 7 jours au service ouvert il y a une hospitalisation service ouvert et une service fermé, la durée entre les deux étant 0 jour.

Dans ce cas la durée de l'hospitalisation inscrite en service fermé est la durée globale. Durée service ouvert + durée service fermé et dans le calcul du nombre réel d'hospitalisation ces deux hospitalisations seront comptées pour une ; ce qui est normal, il y a eu une hospitalisation sous deux formes différentes.

Nous verrons tout à l'heure le problème que pose ce calcul du nombre d'hospitalisations pour chaque malade.

Même problème pour les malades évadés ou qui ont été à l'hôpital général pour intervention chirurgicale ou affection médicale.

- malades évadés. Si le malade est réintégré dans les jours suivants, il n'est inscrit qu'une seule hospitalisation ; l'épisode évasion n'est pas notée.

Par contre si le malade a passé au dehors un certain temps trois semaines à un mois, on peut compter que sa réintégration débute avec une nouvelle hospitalisation. L'épisode évasion est notée au mode

de sortie 1ère hospitalisation. Du reste lorsqu'un malade n'est pas réintégré dans les jours suivants il est rapidement considéré administrativement comme sorti et s'il revient il a alors un nouveau numéro d'immatriculation.

Pour ce qui est des hospitalisations en hôpital général, le problème là est vraiment difficile, nous avons dit déjà combien nous avons été gêné à ce sujet. En pratique nous avons procédé comme suit :

1 / Hospitalisation de courte durée, 15 jours maximum ou trois semaines. L'épisode hospitalisation est négligé, et il n'est inscrit sur la fiche qu'une hospitalisation.

2/ Hospitalisation de plus longue durée. L'épisode hôpital général n'est pas inscrit.

Mais parfois le malade est évacué sur l'hôpital général et de là sort définitivement. Il revient, il est marqué une nouvelle réhospitalisation, dans ce cas la sortie est marquée "sortie d'essai", comme cela est administratif, selon la formule "doit être considéré en sortie d'essai pendant toute la durée de l'hospitalisation".

Il y a certainement des cas litigieux de longue hospitalisation qui, lors de la réintégration ont été considérés comme une réhospitalisation. Là aussi dans ce cas le mode de sortie au moment de l'hospitalisation en hôpital général avait été étiqueté "essai".

En fait il semble que l'on ai eu tort. Toute hospitalisation en hôpital général aurait du ne pas être inscrite ; des erreurs d'ailleurs peuvent s'y être glissées du fait que nous avons été en tout 7 personnes différentes pour ce travail de calcul des hospitalisations totales.

Mais il faut noter que les hospitalisations à l'hôpital général les plus fréquentes sont celles de courte durée. Les hospitalisations de longue durée sont rares. Et même si, dans certains cas des erreurs se sont glissées, leur proportion est minime.

La façon de procéder n'a sur ce point pas toujours été la même pour tous. Il est certain que dans un travail de ce genre il est nécessaire que la façon de procéder soit fixée minutieusement. Nous avons organisé pour cela des réunions communes. Mais nous nous sommes aperçus

que, malgré cela certains points de détail n'avaient pas été suffisamment arrêtés.

En ce qui concerne les sorties d'essai et les réintégrations au cours de sortie d'essai, le problème est beaucoup plus simple. Toute réintégration a été inscrite comme réhospitalisation même si elle a lieu deux ou trois jours après. En effet la réintégration correspond bien dans ce cas à une sorte de rechute.

En ce qui concerne le service libre, des difficultés ont surgi, car là, toute permission supérieure à 48 heures entraine sortie et réhospitalisation. Ainsi quand un malade rentre trois jours après une sortie, on ne sait s'il rentre pour une rechute ou parce qu'il était en permission. Là toutes les réhospitalisations ont été inscrites.

Cette façon de procéder et de calculer le nombre total d'hospitalisations est très discutable.

Méthodologiquement il fait intervenir à la fois des notions administratives et des notions cliniques. Si l'on s'en était tenu aux données administratives les réhospitalisations pour sortie d'essai n'auraient pas été comptabilisées, et au contraire toute hospitalisation se déroulant en service ouvert puis en service fermé aurait été comptée pour deux hospitalisations ce qui d'ailleurs aurait considérablement changé la physionomie de l'enquête. En effet nous avons éliminé de l'enquête les malades ayant eu une seule hospitalisation mixte service ouvert-service fermé ; et il y en a un grand nombre.

III - Une fois la fiche remplie par la secrétaire, c'est l'équipe médicale qui rentrait en fonction.

La façon de procéder était différente par l'hospitalisation service ouvert et service fermé.

Les documents de base ont été différents. Pour le service fermé, le livre de la Loi. Pour les hospitalisations en service ouvert les dossiers médicaux. Nous allons donc étudier en détail les deux façons de procéder. Il pourrait paraitre superflu de rentrer dans le détail, cependant c'est après un certain tatonnement que nous sommes arrivés à mettre au point un système qui nous a paru le plus efficace et

le plus rapide. Nous l'indiquons donc ici au cas où d'autres études du même genre seraient entreprises.

Notons que les fiches 2, 3, 4, 5 etc. de chaque malade sont agraffées les unes aux autres. Les fiches sont triées en deux paquets. Celles qui ne comprennent que des hospitalisations en service ouvert et les autres.

1°) SERVICE FERME.

Le paquet des malades ayant des hospitalisations en service fermé uniquement, en service fermé et d'autres en service ouvert est mis par ordre alphabétique. En général, du reste l'ordre alphabétique est celui dans lequel la secrétaire a établi les fiches dont il s'agit surtout d'une vérification, puis sont établies des listes par numéro du livre de la loi, des hospitalisations à rechercher. Les livres de la loi au nombre de 150 sont classés de la façon suivante, numéros pairs les hommes, impairs les femmes.

Par exemple livre n° 50, qui va de l'hospitalisation n° 25.345 à 26.204.

n° 25.712
25.889
26.101.

Ensuite le travail proprement dit commence. En général travail à deux. Plusieurs avantages à cette formule. L'un déplace les livres de la loi, cherche les numéros matricules inscrits sur les listes préparées précédemment, annonce le nom et le prénom du malade, lit les certificats permettant l'élaboration du diagnostic ; l'autre recherche dans le paquet la fiche du malade et là, tous deux, décident du diagnostic à inscrire, pouvant discuter dans les cas litigieux ; puis est inscrit le mode de sortie. Ensuite la fiche est mise dans le paquet à sa place alphabétique.

L'équipe médicale vérifiait dans la mesure du possible les renseignements inscrits par la secrétaire. Cette vérification de l'étape précédente est indispensable dans un tel travail. Il n'indique pas une suspicion ou un manque de confiance mais simplement l'exigence d'éliminer

le maximum d'erreurs possibles.

C'est là en particulier que se vérifiaient l'inscription comme réhospitalisation de telle ou telle réintégration, et nombre de feuilles ont du ainsi être refaites. En effet certaines sorties d'essai qui n'étaient pas mentionnées dans le dossier administratif se retrouvaient à la lecture de tous les certificats de situation, sortie, réintégration, etc ... Il fallait alors refaire ces fiches, ce qui était un gros travail, surtout que cela survenait surtout dans le cas où il y avait de nombreuses hospitalisations. C'était donc chaque fois 3 ou 4 fiches qu'il fallait refaire entièrement.

Vérification également des renseignements d'état civil, date de naissance, des renseignements à chaque hospitalisation, âge, date d'entrée, de sortie, mode de placement. Très souvent dans le dossier administratif ce qui figure c'est le mode de placement modifié au cours de l'hospitalisation et non le mode de placement à l'entrée et c'est ce dernier renseignement que nous voulons.

Il est bien certain que c'est l'inscription du diagnostic qui a représenté le plus de travail et de difficultés.

D'abord parce que nous avons du transcrire en nomenclature psychiatrique classique des diagnostics psychiatriques, écrits en nosographie ancienne puisque l'étude des réhospitalisations part de 1900 !

C'est évidemment pour les années 1900 à 1930 que les difficultés ont été les plus grandes. Nous avons pu retrouver les grandes vagues nosographiques ; toute la période des dégénérescences, puis des confusions, débilité, etc ...

Dans la période 1900 à 1930 les certificats de 24 heures, de quinzaine sont très souvent peu utilisables. Car justement ne portent comme renseignement que des formules de ce genre : "est atteint de dégénérescence mentale" ou bien "confusion mentale" ou "agitation" ou bien "idée de persécution".

Dans ces cas deux ordres de fait auront permis de traduire au clair ces formules archaïques. D'abord la lecture des certificats d'internement et des certificats de situation.

Le certificat d'internement fait par le médecin praticien

qui lui ne parle pas en spécialiste certificateur comme le médecin d'asile, mais énumère des symptômes "présente des idées délirantes, dit ceci, dit cela ..." "mutisme, réticente, refuse de s'alimenter, reste toute la journée sans rien faire... n'a pas voulu sortir depuis des mois, ne se lave plus, etc ..." La description d'un tableau clinique à partir duquel on peut faire un diagnostic.

Les certificats de situation : dans la période ancienne très nombreux et eux aussi très détaillés, donnent une description clinique de même que le bulletin de santé.

"Votre malade toujours bien troublé, entend ses voix, dit qu'il n'a plus de corps ..."

"Malade toujours halluciné, bien déprimé en cé moment, dit qu'on lui fouille le ventre toutes les nuits, etc ...

Ces exemples pourraient se retrouver par dizaines.

La notion d'âge d'hospitalisation permet aussi d'aider à confirmer une impression diagnostique.

En fait le terme de démence précoce n'apparaissait que vers 1920 (?) et le terme de schizophrénie 1935.

Un autre ordre de fait, petit à petit nous sommes arrivés à connaître la nosographie personnelle de chacun des principaux certificateurs. . Dans cette période 1900 à 1930 il n'y a eu qu'une dizaine de certificats émis : confusion agitée, signé X = manie. Confusion chronique avec agitation périodique signé Y = schizophrénie ; et ceci a été vérifié par des sondages faits dans certains services de malades chroniques hospitalisés depuis très longtemps, dans leur observation médicale dans le service.

Certes il y a des facteurs personnels dus à chacun d'entre nous. Nous sommes en tout 7 à avoir participé à ce travail déchiffrage et transcription de diagnostic. Certain ont une notion extensive ou restrictive de la schizophrénie. Les uns mettront dans la mention P.H.C. diagnostic 25 ce que les autres auraient mis dans la schizophrénie diagnostic 30.

Mais d'abord le fait de travailler à deux a permis de discuter les cas litigieux.

D'autre part le fait d'être nombreux fait qu'il s'est éta-

bli une moyenne ; si certains ont poussé un peu trop dans un sens, d'autres ont poussé un peu trop dans l'autre.

Lorsqu'il nous était impossible de classer un état psychiatrique dans la nomenclature diagnostic, nous le mettions dans le diagnostic 65 "état psychotique divers".

Nous avons également rencontré d'autres difficultés à ce sujet et particulièrement le problème des diagnostics doubles, par exemple : état dépressif + alcoolisme.

manie + alcoolisme.

alcoolisme chez un débile.

état dépressif chez un débile.

épilepsie + alcoolisme.

épilepsie + arriération mentale, etc ...

Très souvent nous avons essayé de voir ce qui semblait avoir motivé l'hospitalisation ; ce qui dominait dans le tableau clinique, quitte ensuite à rectifier au cours de l'établissement du diagnostic global de probabilité dont on parlera tout à l'heure.

D'autre part pour l'établissement du diagnostic à chaque hospitalisation le système employé nous a fourni une garantie supplémentaire, en effet, nous avons procédé par numéro matricule d'hospitalisation.

Prenons par exemple : Mr. Paul DURAND.

Hospitalisé une fois en 1920, n° matricule 26.310.

une fois ne 1935, n° matricule 36.012.

La 1ère hospitalisation sera sur le livre de la loi n° 80 ; la 2ème sur le livre de la loi n° 106. Lorsqu'on arrive aux hospitalisations de 1935 on prend bien soin de ne pas regarder le diagnostic porté en 1920 de façon à ne pas être influencé.

Si au contraire nous avions pris le système malade par malade nous aurions cherché l'hospitalisation de 1920 livre 80 pour tout de suite et le livre 106 pour l'hospitalisation de 1935 et pour cette deuxième hospitalisation nous aurions été influencé par le diagnostic de 1920 trouvé une minute avant.

Quant au mode de sortie, sa transcription comme nous l'avons vu en étudiant les renseignements mis sur la fiche, ne présentait pratiquement pas de grandes difficultés.

Lorsqu'il s'agissait de malade n'ayant eu que des hospitalisations en service fermé, une fois la fiche complètement remplie, nous la retirions du paquet et la mettions dans le paquet de fiches à coder ; étape suivante de notre travail.

2 / SERVICE OUVERT.

Lorsqu'il y avait pour un même malade des hospitalisations en service ouvert et des hospitalisations en service fermé, le problème était différent et se subdivisait en deux cas :

Premier cas : Les hospitalisations en service ouvert sont constituées par des hospitalisations où le malade entre au service ouvert, y reste plus de 7 jours puis est interné en service fermé. Là le diagnostic du service ouvert est donné par le certificat d'internement inscrit au livre de la Loi. Il s'agit donc de cas simples. L'hospitalisation service ouvert est inscrite en même temps que l'hospitalisation service fermé.

Deuxième cas : Il s'agit de malade entré au service ouvert et qui, sortant du service ouvert, quitte l'hôpital. Là il faut pour avoir diagnostic et mode de sortie rechercher les renseignements dans les différents services libres.

Dans certains cas il existe dans le secrétariat du service des fiches nominales : date d'entrée et sortie, diagnostic et où sont également inscrites les épisodes particuliers de la sortie, évasion, sortie sur sa demande, etc ...

Mais ces fiches n'ont pas été faites depuis la date d'ouverture du service. Dans un service libre ouvert en 1943, c'est à partir de 1950 seulement que ces fiches existent ; dans celui ouvert en 1948 c'est à partir de 1955 ou 1956.

Il faut donc le plus souvent pour un malade ayant eu plu-

sieurs hospitalisations en service libre, rechercher souvent dans les fiches du secrétariat et dans les observations médicales.

De plus, souvent les anciennes observations médicales se trouvent dans plusieurs endroits différents, ce qui complique encore les recherches.

D'autre part il faut noter que pour les femmes nous avons eu une difficulté supplémentaire de classement. En effet dans certains service le classement est fait par ordre alphabétique du nom de femme, et non du nom de jeune fille et le classement alphabétique administratif d'après lequel ont été rédigées les fiches est celui du nom de jeune fille.

Pour toutes ces raisons la recherche des hospitalisations en service libre a été un travail considérable. Il faut à ce sujet remarquer l'insuffisance des archives médicales des services. Il est bien certain qu'aucun travail statistique ne pourra être entrepris dans de bonnes conditions sans une réorganisation des archives du secrétariat et des archives des services médicaux.

Une fois toutes les fiches remplies nous sommes passés à l'étage suivant : le codage.

Comme on l'a vu souvent dans le cas de multiples hospitalisations, chaque feuille a dû être classée et reclassée 3, 4 ou 5 fois selon que les hospitalisations se faisaient en service fermé à telle ou telle période (les livres de la loi n'étant pas tous placés au même endroit) ou dans différents services ouverts.

Avant le codage nous avons procédé à deux opérations :

1°) L'établissement du nombre total d'hospitalisations.

2°) L'établissement d'un diagnostic global de probabilités.

Etablissement d'un nombre total d'hospitalisations.

Nous avons vu qu'une hospitalisation service ouvert, suivie immédiatement d'une hospitalisation service fermé (malade étant interné par le médecin du service ouvert) devant être comptée comme une seule hospitalisation alors qu'il y en a deux d'inscrites sur la fiche (avec comme durée avant la rechute évidemment 0 jour).

Ce nombre réel d'hospitalisation a été inscrit dans le coin gauche de la fiche sous la forme I x N . En effet ce nombre N devait être transcrit en X sur la carte mécanographique. En réalité il s'est avéré impossible d'inscrire les nombres N en X (c'est-à-dire au-dessus des colonnes comme onzième case d'une colonne).

De même pour repérer les hospitalisations service libre plus service fermé, nous avons marqué un système d' X mais là aussi impossible à réaliser. Il fallait reprendre chaque carte une à une et parfois à la main avec de très gros risques d'erreurs. Un autre système technique a dû être substitué.

Etablissement d'un diagnostic global de probabilité pour chaque malade.

En effet nous nous sommes rapidement rendus compte qu'en fait très souvent le diagnostic variait d'une hospitalisation à l'autre. Il semblait se profiler un diagnostic d'ensemble. Si l'on voulait faire une exploitation mécanographique il fallait étudier par exemple les schizophrènes, les maniaques, les mélancoliques, les alcooliques, etc. On ne pouvait pour cela se baser ou sur l'un ou sur l'autre des diagnostics de telle ou telle hospitalisation.

Diagnostic 1ère hospitalisation ? Surtout pas car très souvent il s'agit d'un diagnostic de symptôme, état dépressif, état d'excitation puis c'est ensuite que le contexte se précise :

Exemple	1ère hospitalisation	état mélancolique.
	2ème hospitalisation	P.H.C.
	3ème hospitalisation	P.H.C.
	4ème hospitalisation	schizophrène.
	5ème hospitalisation	P.H.C.
	1ère hospitalisation	Etat dépressif.
	2ème hospitalisation	P.G.
	3ème hospitalisation	P.G.

La dernière hospitalis tion non plus ne pouvait pas servir de diagnostic d'ensemble.

Il fallait donc établir à partir de tous les éléments trouvés le diagnostic d'hospitalisation un diagnostic probable, pour dire ce malade c'est un schizophrène, c'est un maniaque, c'est un alcoolique. Par exemple, très souvent nous avons eu les familles de diagnostic :

1°	hospitalisation	déséquilibre.
2°	"	déséquilibre.
3°	"	alcoolique.
4°	"	troubles du caractère.
5°	"	déséquilibre.

Il était nécessaire de trouver un diagnostic global de probabilité : déséquilibre.

Ou bien :

1°	hospitalisation	épilepsie.
2°	"	épilepsie.
3°		alcoolique.
4°		troubles du comportement.

diagnostic global : épilepsie.

1°	hospitalisation	dépression névrotique.
2°		neurasthénie
3°		neurasthénie.

diagnostic d'ensemble : neurasthénie.

1°	hospitalisation	déséquilibre.
2°		déséquilibre.
3°		état dépressif non mélancolique.
4°		anxiété
5°		déséquilibre.
6°		déséquilibre.

diagnostic global : déséquilibre.

1°	hospitalisation	débilité.
2°		bouffée délirante.

3° Hospitalisation Débilité

4° " Alcoolique

Diagnostic d'ensemble : débilité.

Il aurait été utile de pouvoir inscrire ce diagnostic d'ensemble à la suite des renseignements d'état civil, par exemple, nous regrettons de ne pas avoir laissé de case pour cela. Nous avons trouvé un autre système pour le transcrire sur la carte mécanographique par la confection d'une carte n° 1 carte d'état civil dont nous reparlerons tout à l'heure.

Il y a un problème dont nous n'avons pas parlé c'est les limites de l'enquête. L'enquête s'est limitée aux services fermés, services ouverts, excluant le service des enfants arriérés, service qui n'est pas soumis à la loi de 1838, ou le service des "séquelles neurologiques" non soumis lui aussi à la loi de 1838. A été exclu également le service hospice de vieillards qui alors n'était pas soumis à la loi de 1838. Dans ce service 55 lits d'hommes et 55 lits de femmes sont placés vieillards (déments séniles ou psychoses séniles). Il y a du reste pas pour eux de feuilles de réhospitalisation, les seules sorties sont les décès.

Nous avons pris le début de l'enquête dès 1876, date d'ouverture de l'hôpital du Vinatier. Mais les livres de la période 1876 à 1900 ont été perdus, aussi lorsqu'un malade avait été hospitalisé avant 1900 nous l'avions éliminé de l'enquête. Il y en a eu très peu. Lorsqu'il y a pour un malade des hospitalisations avant et après 1900 nous l'avons mis dans notre étude. Pour l'hospitalisation avant 1900 nous n'avons ni diagnostic ni mode de sortie, mais la date, âge, durée, mode de placement, ont été inscrits.

Le diagnostic d'ensemble a été calculé à l'aide du diagnostic des hospitalisations situées après 1900.

Mais en fait si nous voulons être rigoureux il faudra ne prendre que les dossiers des malades hospitalisés entre deux dates précises.

1. Seuls seront exploités les dossiers des malades dont la date de la 1ère hospitalisation se situe après le 1er janvier 1900.

2. Quant au terme de l'enquête nous avons pris le 31 Décembre 1959, puisque c'est au début 1960 que notre travail a commencé.

Pour un malade toujours au Vinatier au 31Décembre 1959 nous avons exclu l'hospitalisation actuelle, puisque nous ne pouvons pas calculer la durée que nous n'avons pas le mode de sortie. Ainsi toute hospitalisation en cours au 31 Décembre 1959 et à fortiori les suivantes ont été rayées. En effet en juin 1961 quand le dépouillement des dossiers administratifs s'est terminé, des malades avaient présenté 1 ou 2 rechutes, en 1960 et début 1961, ces nouvelles hospitalisations ont été éliminées. Si au 31 Décembre 1959, un malade était hospitalisé au service fermé après passage au service libre, l'hospitalisation service fermé et l'hospitalisation service libre qui, d'après notre système ne fait qu' une seule hospitalisation ont été rayés.

IV. LE CODAGE.

Cette opération a été menée en plusieurs temps :

- codage de la partie médicale de chaque hospitalisation.
- codage des renseignements administratifs de chaque hospitalisation.
- codage de l'état civil.

Ce dernier temps a été assuré par un seul membre de l'équipe, Madame DUCLOS, interne au Vinatier et les difficultés ont été particulièrement importantes en ce qui concerne, comme nous l'avons déjà dit le codage des professions.

V. ETABLISSEMENT DES CARTES MECANOGRAPHIQUES.

Les fiches remplies, vérifiées, codées, revérifiées ont été remises au service mécanographique de la Préfecture du Rhône pour l'établissement de cartes mécanographiques.

Les cartes mécanographiques comprennent pour chaque malade :

La carte n° 1 :

carte d'état civil. Le nom, le prénom.
numéro matricule.
année de naissance.
age de décès.
année du décès.
Sexe.
Origine éthnique.
Domicile.
Profession.
Situation matrimoniale.
Religion.
Diagnostic global de probabilité.
et le diagnostic à chaque hospitalisation.

Une carte n° 2 :

Etat civil, sauf l'année de naissance, plus trois premières hospitalisations.

Carte n° 3 : Etat civil, plus 4, 5, et 6ème hospitalisations.

Carte n° 4 .....

L'existence de la carte 1 facilitera énormément l'exploitation mécanographique, en particulier en ce qui concerne les décès et les corrélations entre le diagnostic d'ensemble et état civil.

Un travail assez long de préparation du fichier des cartes a été nécessaire, en particulier à cause du problème des hospitalisations service libre - service fermé.

CHAPITRE V. : PROJET METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE COMPARATIVE DU LOT DE MALADES N'AYANT EU QU'UNE HOSPITALISATION AU VINATIER.

1°) CHOIX DE L'ECHANTILLONAGE.

Plusieurs solutions se présentaient :

- Soit prendre par exemple tous les dossiers des malades hospitalisés le 5,10,15,20,25,30 de chaque mois.
- Soit prendre certaines lettres alphabétiques.

Méthodologiquement la 1ère méthode est la plus valable, la seule valable même, mais elle nécessite que soient manipulés 40 à 50.000 dossiers de malades non réhospitalisés, ce qui va demander le travail d'une secrétaire-archiviste pendant au moins 1 an et demi

- Prendre par lettre alphabétique, en commençant par le début de l'alphabet, cela certes introduit un coefficient d'erreurs, mais qui n'est pas considérable étant donné la masse de dossiers pris dans l'échantillonage (5.000 environ) et le travail de la secrétaire archiviste sera de 3 à 4 mois soit une économie de 750.000 anciens francs environ.

Aussi est-ce cette dernière solution que nous avons adoptée. 5.000 dossiers commençant par la lettre A et B service ouvert, service fermé.

2°) EN CE QUI CONCERNE LA TRANSCRIPTION DES RENSEIGNEMENTS ET LE CODAGE nous procèderons comme pour la 1ère phase, compte tenu des modifications et suggestions que nous a apporté le Docteur SADOUN.

CHAPITRE VI. : DISCUSSION GENERALE ET PROJET D'UTILISATION.

1°) Il nous faut d'abord faire UN BILAN des différentes étapes du travail réalisé par cette enquête.

Cette enquête a débuté en janvier 1960.

Les cinq premiers mois ont été utilisés à la mise en place du travail.

Une secrétaire-archiviste y a travaillé à temps plein de mai 1960 à octobre 1961, soit 15 mois ; d'où coût 900.000 à 1.000.000 d'anxiens francs.

L'équipe médicale a employé 6 internes du Vinatier pendant 2 ans à raison de 6 à 8 heures par semaine, chacun.

A cela il faut ajouter le travail du Docteur SITE, statisticien et celui fournit par le Docteur BROUSSOLLE, dont l'aide et le soutien nous ont été précieux.

Sans lui ce travail n'aurait jamais vu le jour, son dynamisme nous a permis de "tenir le coup", dans les moments de découragement car parfois nous avions l'impression que nous n'en sortirions jamais.

Enfin il faut ajouter le travail du service technique de la Préfecture. Plus de 30.000 cartes mécanographiques d'une valeur globale de 50.000 anciens francs et les bacs à cartes valant 100.000 anciens francs environ.

2°) PROJET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS.

Nous sommes maintenant en possession d'une masse considérable de renseignements d'inégale valeur certes, mais qui s'étendent sur 60 ans représentant une mine pratiquement inépuisable.

Une des grosses tentations serait de vouloir tout exploiter tout de suite, établir des corrélations entre tout ; cela donnerait

un travail considérable et très dispersé.

Aussi faut-il envisager plusieurs étapes.

- d'abord l'étude des réhospitalisations, point essentiel du travail.
- puis l'utilisation du lot comparatif et au fur et à mesure des besoins l'exploitation de telle ou telle partie en confrontation avec un travail clinique.

Par exemple un travail se fait concernant l'alcoolisme ou les rechutes des délirants chroniques. Travail clinique portant sur 100 cas confrontés aux données statistiques de l'enquête.

Nous avions pensé initialement en plus de cette partie méthodologique insérer dans ce travail quelques exemples de renseignements pouvant être tirés des dossiers utilisés, nous avons fait un début d'exploitation ; classification par origine éthnique, situation de famille, etc .. , par diagnostic.

- étude du décès, âge de décès, évolution de la mortalité selon les périodes, selon les diagnostics.

Cela nous a fourni toute une série de tableaux, de résultats bruts. Si nous ne les avons pas mis ici c'est justement qu'il s'agit de résultats bruts qui doivent maintenant passer entre les mains du statisticien qui va les "tabuler" établir des courbes, des diagrammes, confronter les résultats avec les données démographiques, voir si les écarts sont significatifs, etc ..

Dans l'utilisation des résultats c'est le statisticien qui devient l'homme le plus important de l'équipe; son rôle apparait ainsi à deux moments : dans l'établissement de la fiche de renseignements et au moment de l'utilisation.

Une erreur serait de croire que le travail de statisticien pourrait être fait par le clinicien qui aurait quelques notions de statistiques. Il ne s'agit pas de "notions" mais d'une science particulière qu'il faut avoir l'habitude de manier.

Ainsi nous allons donner quelques lignes dans lesquelles peut se faire l'utilisation ; en ayant comme but de travail les réhospitalisations, laissant de côté toute donnée autre, épidémologique par exemple.

Tout d'abord situer les rechutes par rapport à l'ensemble des hospitalisations.

Pour cela il suffira de déduire du nombre total d'hospitalisations celles qui ont été déjà étudiées dans l'étude des réhospitalisations. Le nombre total d'hospitalisations service libre, service fermé peut être facilement calculé à partir des numéros d'immatriculation des hospitalisations.

En ce qui concerne le nombre total des hospitalisations de l'enquête sur les rechutes il faudra calculer les hospitalisations administratives, c'est-à-dire ne pas faire entrer dans le calcul les réhospitalisations, réintégrations des sorties d'essai et compter pour deux hospitalisations les hospitalisations mixtes service libre-service fermé.

Ensuite trois grandes séries de travaux peuvent être entreprises :

1°) l'étude des familles de diagnostics :

séparer les familles homogènes

les familles hétérogènes en appliquant les critères dont on a développé l'étude au chapitre de la nomenclature diagnostic.

voir comment se distribuent ces familles hétérogènes, où se situe l'hétérogénéité et sous quelle forme.

2°) Classer par nombre d'hospitalisations les dossiers de réhospitalisations.

Les classes à 2 hospitalisations, à 3 hospitalisations, à 4 hospitalisations, etc ...

Voir à l'intérieur de chaque classe des sous-groupes en fonction de la durée entre les rechutes et de la durée de l'hospitalisation.

On ne peut pas considérer comme identique les malades qui font deux hospitalisations espacées de 20 ans ou ceux qui en font une tous les trois ans.

Nous n'indiquons là que des grandes directives de travail, mais il y en a bien d'autres.

3°) On peut, c'est la troisième grande ligne, procéder par catégorie diagnostic. Etudiant par exemple le groupe des maniaco-dépressifs, des alcooliques, etc ...

Sur les 5.000 dossiers de réhospitalisations nous savons déjà que nous avons environ : 1 millier de schizophrènes.

1 millier d'alcooliques.
1 millier d'états maniaco-dépressifs.
500 délirants chroniques.
250 états d'érriération.
250 épileptiques.
250 démences préséniles et séniles.
250 P.G.
250 inclassables.

Insistons encore une fois sur la nécessité de ne pas se laisser submerger par l'amoncellement de renseignements recueillis. Nous avons voulu mettre le maximum de renseignements sur les fiches afin de ne pas être ultérieurement bloqués par une omission importante. Peut-être faudra-t-il sacrifier une partie des renseignements recueillis, tout au moins en limiter au début l'utilisation au problème des réhospitalisations. Les énormes difficultés que nous avons rencontrées tiennent au fait que ce travail a été un travail de défricheur.

Nous n'avons pu étudier les statistiques psychiatriques à l'étranger mais ce que nous en savons montre que dans ce domaine la France a 50 ans de retard.

Dans ce travail nous n'avons pas fait de partie bibliographique. En effet il n'aurait été d'aucun intérêt de faire une bibliographie de statistiques psychiatriques en général, ce qui aurait été très éloigné de notre sujet.

Récemment vient de paraître dans l' "Evolution Psychiatrique" de 1961 un article sur l'évolution de la morbidité psychiatrique

en Norvège depuis 50 ans. En Norvège existe un Centre National de Statistiques Psychiatriques. Depuis 1936, chaque malade hospitalisé dans les cliniques ou hôpitaux psychiatriques a une fiche qui est centralisée et le fichier a été établi pour tout malade hospitalisé depuis 1906. Aussi une étude statistique est-elle capable de donner maintenant des notions sur l'évolution de la morbidité psychiatrique et de déterminer les besoins en personnels, établissement d'assistances psychiatriques, etc ... Peuvent également être déterminées en fonction d'études sociologiques, démographiques, les endroits où l'implantation de telle ou telle forme d'établissement d'assitance psychiatrique sera le plus nécessaire, le nombre, l'importance de ces établissements, etc ...

Des travaux semblables ont été faits dans les pays anglo-saxons. En France le problème des statistiques psychiatriques est loin d'être au point. Trop souvent peut-être cet aspect du métier a été laissé de côté, comme secondaire par les médecins qui y ont vu une tracasserie administrative. Il est normal et bon que l'on répugne à une "mise en fiche" du malade sachant ce qu'une telle mésure peut comporter de rigidité et de bureaucratisme oppressif. C'est qu'il faut éviter ce danger de déshumanisation et qui peut être un facteur d'aliénation supplémentaire. Mais il ne faut pas oublier que la psychiatrie comporte toute une série de problèmes qui sont des problèmes de masses. Un développement empirique, anarchique, de l'assistance psychiatrique ; ce qui est inévitable si l'on veut se passer des données statistiques, devient plus oppressif encore. C'est bien ce que l'on est en train de constater devant le demi échec des nouveaux asiles par le fait du manque de structures extrahospitalières.

Ce qu'il faut voir aussi c'est que la science statistique nous permet d'être plus lucide, d'appréhender de façon plus valable la réalité d'un phénomène. Or nous pensons justement que la lucidité est d'une importance considérable en psychiatrie. Nous voyons que la statistique n'est pas en dehors de notre métier. Certes nous sommes conscients du danger qui consisterait à faire de la statistique un alibi et un écran de plus entre le malade et le médecin. C'est dans la mesure où elle est un moyen de lutte contre l'aliénation qu'elle doit entrer dans la technique psychiatrique.

C O N C L U S I O N S.

I - Il s'agit de l'étude des réhospitalisations des malades à l'hôpital du Vinatier. Nous avons pris comme date début de l'enquête, les malades dont la 1ère hospitalisation est ultérieure au 31 Décembre 1899 et comme terme nous avons pris le 31 Décembre 1959.

Ainsi l'enquête s'étend sur 60 années.

Comprenant les malades services ouverts, services fermés, hommes et femmes, soit au total le nombre de 5.000 malades environ.

II - L'enquête s'est déroulée de la manière suivante :

Commencée au début 1960.

Les 5 premiers mois ont été consacrés à la préparation du travail et en particulier à l'établissement de la fiche sur laquelle sont transcrits les renseignements.

Une secrétaire-archiviste a transcrit sur ces fiches les renseignements contenus dans les dossiers administratifs, seul matériel utilisable.

L'équipe médicale a transcrit à chaque hospitalisation le diagnostic, le mode de sortie, à partir soit des certificats du livre de la Loi pour les services fermés, soit des observations médicales pour les services ouverts. Puis est intervenu le codage et enfin la constitution de cartes mécanographiques perforées.

III - Une enquête de ce genre nécessite un travail d'équipe où interviennent le clinicien, le statisticien, le technicien. Seule la coopération de ces trois disciples permet la mise au point de la

fiche de renseignements, document de base d'un tel travail.

Lors de l'utilisation des résultats c'est le statisticien qui détient le rôle le plus important, lui et lui seul est capable de manier les résultats bruts et de les interpréter en fonction des données démographiques.

Au point de vue méthodologique un des points essentiel est la nécessité de faire des classifications homogènes.

Chaque renseignement transcrit doit être étudié en commun par l'équipe, les critères doivent être précisés afin que rien ne soit laissé dans le vague ou au gré de l'inspiration de tel ou tel ; d'autant plus que dans un travail de ce genre l'équipe comprend un grand nombre de personnes. Une coordination est donc indispensable.

Ce travail qui est une critique méthodologique est l'introduction à l'enquête des réhospitalisations.

Nous avons voulu justement ne faire que de la méthodologie pour souligner l'importance de celle-ci dans la valeur d'un tel travail. Une enquête ne vaut que par la rigueur de sa méthodologie c'est pourquoi nous avons voulu étudier et critiquer tout le travail point par point.

Notre ambition a été de fournir pour des travaux analogues ultérieurs un document de référence, qui nous a manqué personnellement.

IV - Pour terminer rappelons l'importance des statistiques psychiatriques sur lesquelles doit se baser une politique cohérente et efficace d'assistance psychiatrique telle qu'elle est déjà en cours de réalisation dans de nombreux pays.

Le Président de la Thèse :
Monsieur le Professeur DECHAUME.

Vu, le Doyen :

H. HERMANN

Vu et permis d'imprimer.
LYON, le 9 Février 1962.

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université : P. LOUIS.

TABLE DES MATIERES.

CHAPITRE I.

Développement du Vinatier . page 2.

CHAPITRE II.

Plan de travail de l'enquête. page 3.

CHAPITRE III.

Renseignements transcrits. page 6.

CHAPITRE IV.

Déroulement de l'enquête. page 44.

CHAPITRE V.

Projet méthodologique de l'enquête comparative du lot de malades n'ayant eu qu'une seule hospitalisation. page 60.

CHAPITRE VI.

Discussion générale et projet d'exploitation page 61.

CONCLUSIONS. page 66.